

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

PROJET D'INTÉGRATION PRÉSENTÉ À
MADAME NATHALIE VEILLETTE

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE (M. Sc.)

PAR
ANDRÉANE DURAND

IMPLANTATION DE SERVICES D'ERGOTHÉRAPIE AU DÉPARTEMENT
D'URGENCE : ÉTUDE PHÉNOMÉNOLOGIQUE

AOÛT 2013

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

RÉSUMÉ

Introduction : En 2009, plus de 12% du produit intérieur brut était consacré au système de santé de la province. La difficulté de se trouver un médecin de famille, le vieillissement de la population et l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques sont au nombre des facteurs qui favorisent l'augmentation de l'achalandage dans les 111 urgences du Québec. La présence active des ergothérapeutes dans les urgences contribuerait sans doute à diminuer le nombre d'admissions non-justifiées à l'hôpital, en préparant les aînés adéquatement pour leur congé et en orientant adéquatement la personne âgée vers des ressources adaptées à sa condition diminuant ainsi les réadmissions à l'urgence et la demande de services dans la communauté (Johnson et Cusick, 2009). **Objectif :** L'objectif est de mettre en relation les facilitateurs et les obstacles à l'implantation de services d'ergothérapie dans les départements d'urgence avec les éléments d'une adaptation libre du Système de Planification du Marketing Social de Kotler (Kotler et Zaltman, 1971). **Méthode :** Il s'agit d'une étude de type exploratoire phénoménologique. Une méthode d'échantillonnage par choix raisonné a été retenue pour le recrutement des participants. Les résultats ont été recueillis par le biais d'un questionnaire acheminé par courriel aux participants. Une grille d'analyse basée sur le cadre conceptuel de l'étude ainsi que la méthode d'analyse qualitative de révision de texte ont permis d'extraire les résultats des questionnaires. L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'UQTR. **Résultats :** Trois ergothérapeutes experts ayant en moyenne 14,5 années d'expérience en tant qu'ergothérapeute, dont 2,64 à l'urgence, ont répondu au questionnaire. Les résultats ont permis d'obtenir des renseignements sur l'environnement de travail d'un ergothérapeute à l'urgence, sur l'actualisation de son rôle d'agent de changement ainsi que sur les différentes variables planifiées du *marketing mix*. Les canaux utilisés pour faire la promotion ainsi que les facilitateurs et les obstacles à l'implantation de l'ergothérapie à l'urgence ont également été documentés. **Discussion :** Les résultats obtenus permettent de faire ressortir des similitudes tout comme des différences entre les données issues de la littérature et le contexte réel de l'implantation de la pratique de l'ergothérapie en urgence. La perception de facilitateur ou d'obstacle varie selon les participantes et peut s'expliquer par le caractère singulier de chacun des milieux de pratique. Les points saillants de l'étude sont que la définition du rôle de l'ergothérapeute à l'urgence est un des éléments clés, que la promotion du rôle de l'ergothérapeute à l'urgence doit être maintenue tout au long ainsi que suite à l'implantation, et ce, pour maintenir le changement. Il est également nécessaire de choisir des lieux et des stratégies de promotion qui rejoindront le plus de gens possibles et qui correspondent aux particularités du milieu. **Conclusion :** Il ressort de cette étude que le modèle australien de pratique, qui privilégie la présence à temps complet de l'ergothérapeute à l'urgence, serait davantage concordant avec les recommandations qui sont issues de la littérature scientifique. Dans une recherche ultérieure, il serait intéressant de mesurer l'efficacité de l'utilisation des stratégies marketing lors de l'implantation d'une pratique émergente en soins de santé.

Mots clés : marketing, implantation, ergothérapie, urgence, réadaptation

Key words: marketing, implementation, occupational therapy, emergency, rehabilitation

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	ii
TABLE DES MATIÈRES.....	iii
LISTE DES TABLEAUX	v
LISTE DES FIGURES	vi
LISTE DES ABRÉVIATIONS	vii
REMERCIEMENTS	viii
1. INTRODUCTION	1
2. PROBLÉMATIQUE.....	3
2.1. La pertinence de l’ergothérapie dans un département d’urgence hospitalière.....	4
2.2. La pratique de l’ergothérapie dans un département d’urgence.....	6
3. CADRE CONCEPTUEL	9
4. OBJECTIFS DE L’ÉTUDE.....	12
5. MÉTHODE.....	13
5.1. Devis	13
5.2. Participants.....	13
5.3. Méthode de collecte des données.....	14
5.4. Analyse des données	14
5.5. Considérations éthiques	15
6. RÉSULTATS.....	16
6.1. Description de l’échantillon	16
6.2. La pratique de l’ergothérapie à l’urgence en lien avec les éléments du Système de Planification du Marketing Social de Kotler	16
6.2.1. L’environnement.....	17
6.2.2. Les agents de changement	18
6.2.3. Les variables planifiées du <i>Marketing Mix</i>	19
6.2.3.1. Le produit : L’offre de services en ergothérapie	19
6.2.3.2. La promotion du rôle de l’ergothérapeute.....	20
6.2.3.3. Les endroits choisis	20
6.2.3.4. Le prix relié à la pratique de l’ergothérapie à l’urgence	20
6.2.4. Les canaux utilisés.....	21
6.3. Les facilitateurs et les obstacles rencontrés lors de l’implantation.....	21

7. DISCUSSION.....	24
7.1. La relation entre les éléments de l'adaptation du Système de planification du marketing social de Kotler, la littérature et les résultats obtenus	24
7.1.1. L'environnement.....	24
7.1.2. Les agents de changement	25
7.1.3. Les variables planifiées du <i>marketing mix</i>	26
7.1.3.1. Le produit	26
7.1.3.2. La promotion et les canaux utilisés.....	28
7.1.3.3. L'endroit choisi	28
7.1.3.4. Le prix	29
7.2. Forces et limites de l'étude	29
8. CONCLUSION.....	31
RÉFÉRENCES	32
ANNEXE A. STRATÉGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE.....	35
ANNEXE B. QUESTIONNAIRE ENVOYÉ AUX PARTICIPANTS	38
ANNEXE C. GRILLE D'ANALYSE DES RÉSULTATS	40
ANNEXE D. CERTIFICAT D'ÉTHIQUE.....	46
ANNEXE E. LETTRE D'INFORMATION AUX PARTICIPANTS ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	47

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Explication des variables de l'adaptation du Système de Planification du Marketing Social	11
Tableau 2	Caractéristiques démographiques de l'échantillon.....	16
Tableau 3	Bases de données consultées et critères de recherche utilisés pour la revue systématique	35
Tableau 4	Grille d'analyse des résultats.....	40

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Adaptation libre du schéma du Système de Planification du Marketing Social de Kotler.....	10
Figure 2	Processus de sélection des articles pour la recherche documentaire.....	37

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACE	Association canadienne des ergothérapeutes
AIC	Assistante-infirmière chef
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
FMT	<i>Functional Measurement Tool</i>
EIG	Équipe d'intervention gériatrique
ESFU-PA	Évaluation du statut fonctionnel à l'urgence de la personne âgée
ISAR	Identification systématique des aînés à risque
MCRO	Modèle canadien du rendement occupationnel
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
OEQ	Ordre des ergothérapeutes du Québec
PEO	Personne-Environnement-Occupation
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle

REMERCIEMENTS

À madame Nathalie Veillette, directrice de mon projet et professeure au département d'ergothérapie de l'UQTR, pour son soutien, sa disponibilité ainsi que ses conseils judicieux. Votre expertise dans le domaine de l'ergothérapie à l'urgence ainsi que votre grand savoir par rapport à la profession ont permis de mener à bien ce projet de recherche. Tout au long de mon parcours universitaire, vous avez su trouver les bons mots au bon moment pour me faire réfléchir, me faire grandir, me faire rire et faire de moi la future ergothérapeute que je suis aujourd'hui. Merci pour tout.

Aux ergothérapeutes qui ont bien voulu m'accorder de leur précieux temps pour répondre à mon questionnaire. Sans vous, la réalisation de ce projet n'aurait pas été possible et je vous remercie grandement de m'avoir permis de documenter sous un nouveau jour la pratique de l'ergothérapie à l'urgence.

À ma famille et mes proches, vous avez toujours été là, dans les moments heureux comme dans les jours plus difficiles. Je vous remercie de me soutenir dans tout ce que j'entreprends. Votre écoute, vos conseils avisés ainsi que votre soutien inconditionnel me permettent de me surpasser.

1. INTRODUCTION

Les coûts totaux du système de santé québécois étaient estimés à 38,1 milliards de dollars en 2009. Ce montant représente plus de 12% du Produit intérieur brut de la province et constitue le secteur de l'économie où l'investissement est le plus important. Une préoccupation prépondérante est à l'effet de diminuer les frais reliés au système de santé (Gouvernement du Québec, 2010). Les 111 urgences du Québec constituent la principale porte d'entrée du système de santé. Le manque de ressources de première ligne ainsi que la difficulté de se trouver un médecin de famille contribuent grandement à l'augmentation de l'achalandage des urgences au cours des dernières années. À ces facteurs s'ajoutent le vieillissement de la population, la prévalence croissante du nombre de maladies chroniques, le nombre de personnes souffrant de problèmes de santé mentale vivant dans la communauté ainsi que le nombre de personnes affectées par des maladies cardiaques (McCusker et coll., 2007; Ministère de la santé et des services sociaux, 2006). Dans ce contexte, et bien qu'il s'agisse d'une pratique encore peu documentée dans la littérature scientifique, il est justifié de dire que la présence des ergothérapeutes dans les départements d'urgence contribuerait à réduire ces coûts en diminuant le nombre d'admissions non-justifiées à l'hôpital, en préparant les aînés adéquatement pour leur congé et en orientant adéquatement la personne âgée vers des ressources adaptées à sa condition diminuant ainsi les réadmissions à l'urgence et la demande de services dans la communauté (Johnson et Cusick, 2009).

La pratique de l'ergothérapie est encore émergente dans les urgences du Québec, mais il s'agit tout-de-même d'une pratique reconnue là où elle existe (Veillette, Demers et Dutil, 2007). Le questionnement à l'origine du présent travail de maîtrise ne porte donc pas sur cet aspect de la pratique. Il ne s'agit pas de faire la preuve que les ergothérapeutes ont bel et bien leurs places dans les urgences du Québec, mais d'explorer le processus par lequel les ergothérapeutes doivent passer pour implanter leurs services dans une équipe d'urgence. Concrètement, comment faciliter leur implantation dans ces milieux pour lesquels notre pratique professionnelle est encore méconnue?

Le présent projet de recherche visait à mettre en relation les facilitateurs et les obstacles à l'implantation de services d'ergothérapie dans les départements d'urgence avec les éléments d'une adaptation libre du Système de Planification du Marketing Social de Kotler (Kotler et Zaltman, 1971). D'abord, la problématique qui justifie la pertinence de ce projet sera énoncée et le cadre théorique sur lequel s'appuie le projet sera présenté suivi des objectifs de l'étude. La méthodologie qui a été employée est ensuite expliquée, suivie des résultats de l'étude. Finalement, une discussion des résultats vient expliquer le lien entre ceux-ci, les connaissances en lien avec la pratique de l'ergothérapie à l'urgence et les objectifs de recherche.

2. PROBLÉMATIQUE

La présente section vise à exposer les différentes évidences scientifiques disponibles concernant les divers aspects de la pratique de l'ergothérapie à l'urgence. Toutefois, avant d'aborder celles-ci, il est important de statuer sur la définition qui a été retenue concernant les soins d'urgence dispensés dans un département d'urgence hospitalière dans le cadre du présent projet de maîtrise. Il s'agit de la définition qui a été retenue par le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) dans son Guide de gestion de l'URGENCE en 2006.

Les soins d'urgence sont des services de santé servant à évaluer et à traiter des conditions médicales dont les symptômes sont apparus subitement et sont assez graves pour qu'une personne prudente, possédant un niveau moyen de connaissances en santé, soit amenée à croire qu'une visite médicale urgente et/ou non prévue est nécessaire. [Traduction libre] (American College of Emergency Physicians, 1994)

Pour faire le bilan de l'état des connaissances concernant la pratique de l'ergothérapie en soins d'urgence, une recherche documentaire a été menée dans plusieurs bases de données des domaines médical, social, organisationnel et de la réadaptation (*Academic Search Complete*, CINAHL, Medline, Pubmed, *Informa Health Care*, Cochrane Library, SCOPUS, *Web of Science* et *OT Seeker*). Des limites reliées, entre autres, à la date de publication, la langue et l'âge des sujets ont été appliquées. Les mots-clés qui ont été utilisés sont généralement les suivants : [("occupational therap*" OR "rehabilitation" OR "reeducation" OR "ergothérapie") AND ("emergency department" OR "emergency unit" OR "emergency services" OR "urgen*") NOT ("mental health" OR "psychiatric" OR "santé mentale")].

La sélection des articles dans le cadre du sujet de recherche comporte plusieurs étapes qui sont détaillées à l'Annexe A. La lecture des titres de 172 articles a permis de procéder à l'élimination d'une grande partie d'entre eux. Ensuite, la lecture des résumés de 33 articles a entraîné la lecture complète de 26 articles. L'examen des références des articles ayant fait l'objet d'une lecture complète ont permis de répertorier neuf nouveaux articles et une publication gouvernementale. Finalement, 18 articles ont été retenus.

2.1. La pertinence de l'ergothérapie dans un département d'urgence hospitalière

À la fin des années 1990, un consensus émergeait dans la littérature à l'effet que les modèles orientés sur le traitement d'un diagnostic posé lors d'un épisode de soins ne répondent pas adéquatement aux besoins de plus en plus complexes des patients âgés. Les problèmes médicaux, fonctionnels et sociaux avec lesquels les personnes âgées se présentent à l'urgence représentent un défi de taille pour le personnel médical (Bernstein, 1997; McCusker et coll., 2007; Smith et Rees, 2004). Smith et Rees recommandent donc que la prise en charge efficace de ces patients soit faite sur la base de modèles qui portent une attention particulière à une offre de services personnalisés et interprofessionnels de manière à assurer une continuité dans les soins.

Avec plus de 50% des personnes âgées qui quittent l'urgence avec des déficits fonctionnels importants, une préoccupation concernant les coûts associés à un prolongement de la convalescence, à une augmentation de la demande de services dans la communauté et aux réadmissions subséquentes est justifiée (Aminzadeh et Dalziel, 2002; Boyd et coll., 2008; Hendriksen et Harrison, 2001). Hendriksen et Harrison ont été les premiers à documenter les bénéfices qu'apporte l'intervention d'un ergothérapeute dans le département d'urgence. Des résultats significatifs ont démontré un écart de 54% aux *Functional Measurement Tool* (FMT) entre les patients qui avaient reçu des services en ergothérapie et ceux qui avaient reçu des soins donnés qui n'impliquaient pas d'intervention en ergothérapie. Une amélioration du score des deux groupes au FMT a été notée, mais dans des proportions différentes. Le groupe contrôle a vu son score moyen haussé de 14% alors que le score moyen du groupe expérimental a augmenté de 68%. Dans le même ordre d'idées, Smith et Rees (2004) ont voulu démontrer les bénéfices de la présence d'un ergothérapeute en soins d'urgence en considérant le nombre d'admissions non-nécessaires qui avaient pu être évitées grâce à une évaluation en ergothérapie. Les résultats ont démontré qu'en trois ans, 306 admissions avaient pu être évitées. Bien qu'ils n'aient pas été chiffrés comme tel dans le cadre de cette étude, on peut supposer que l'impact sur les coûts des soins de santé est considérable.

Le premier service d'ergothérapie en salle d'urgence à être rapporté dans la littérature scientifique a été implanté au *Whipps Cross Hospital* à Londres (George, 1994, cité dans Carlill, Gash et Hawkins, 2002). Par le biais d'un projet pilote, Carlill et collaborateurs ont évalué l'efficacité d'un service impliquant la présence d'un ergothérapeute à temps plein et d'un travailleur social à mi-temps au département d'urgence du *NHS Trust* en Angleterre. Lorsque le patient était prêt à quitter l'urgence, une évaluation initiale en ergothérapie était menée concernant les diverses sphères de la vie quotidienne et domestique. Les interventions nécessaires étaient faites (prêt d'aides techniques, enseignement, visites à domicile, suivi téléphonique, etc.) et si cela était nécessaire, une référence était envoyée en travail social. Les résultats suggèrent que le service mis en place dans le cadre de cette étude s'est révélé être efficace en termes de prévention des admissions non-nécessaires en soins aigus. Environ 500 jours-lits ont pu être sauvés grâce au projet pilote qui a eu une durée de six mois. Un projet similaire a également été mené par Moss et collaborateurs (2002). Les patients pour lesquels une hospitalisation ne s'avérait pas nécessaire étaient évalués par une équipe de coordination des soins incluant, entre autres, un ergothérapeute et un physiothérapeute à l'aide d'un outil de dépistage du risque. Si un risque élevé était présent concernant le retour à domicile, le patient était alors référé aux coordonateurs de soins afin de mener une évaluation globale des capacités du patient et de mettre en place les ressources nécessaires en vue de son congé de l'hôpital. Des 2532 patients vus en 1 an, près de la moitié sont retournés à domicile avec une référence pour l'obtention de services dans la communauté. De plus, le taux d'admission à partir de l'urgence a chuté de 1,7% pendant la durée du projet comparativement au 12 mois qui ont précédé celui-ci. Finalement, seulement 53 patients vus par l'équipe de coordination des soins se sont vus réinscrits à l'urgence dans les 12 mois qui ont suivi le projet.

Le travail en équipe multidisciplinaire dans les départements d'urgence a des bienfaits qui ont été démontrés (Lee, Ross et Tracy, 2001). C'est dans cette optique que Johnson et Cusick (2009) ont analysé le contexte et les politiques de services en matière de soins dans les départements d'urgence en Australie, où des ergothérapeutes font partie intégrante de l'équipe professionnelle. Il a été prouvé que le travail multidisciplinaire avait des impacts considérables sur les contextes de soins. Effectivement, en étant particulièrement efficaces avec les usagers qui n'utilisent pas les soins d'urgence pour des motifs justifiés ou qui se présentent de manière

répétitive à l'urgence, les professionnels membres de l'équipe de consultation à l'urgence arrivaient à prévenir des admissions non-nécessaires, à réduire le nombre de visites répétitives à l'urgence, à s'assurer d'un congé sécuritaire et à faciliter la communication avec les services dans la communauté.

Wressle et collaborateurs (2006) se sont plutôt intéressés à la perception que les patients avaient de leurs propres capacités à effectuer leurs occupations une fois de retour à domicile. Il a ainsi été démontré que les interventions ergothérapeutiques avaient un effet positif sur les patients âgés en lien avec leur capacité à retourner à domicile. Les ergothérapeutes favoriseraient un processus de congé mieux encadré et la création de conditions optimales pour le retour à domicile. Plus récemment, une étude de Cheah et Presnell (2011) s'attardait à l'impact qu'une hospitalisation peut avoir sur les occupations des personnes âgées. Bien que menée dans un contexte de soins aigus, les conclusions qui en découlent peuvent s'appliquer au contexte de l'urgence, considérée ici comme faisant partie des soins aigus. L'étude démontre la contribution unique que peuvent avoir les ergothérapeutes au niveau de la promotion et de la réalisation d'occupations signifiantes en milieu hospitalier. Les auteurs soulevaient la nécessité d'offrir aux ergothérapeutes des moyens efficaces d'évaluer le rendement occupationnel dans les contextes de soins hospitaliers. Bien que les soins aigus diffèrent légèrement des soins d'urgence, il est possible d'émettre l'hypothèse selon laquelle les ergothérapeutes seraient les professionnels tout désignés pour promouvoir, favoriser et optimiser le rendement et l'engagement occupationnels en urgence.

2.2. La pratique de l'ergothérapie dans un département d'urgence

Deux enquêtes descriptives ont été conduites afin de décrire le profil de la pratique de l'ergothérapie en urgence. La première, menée par Veillette et collaborateurs (2007), avait pour objectif de décrire la pratique à l'urgence des ergothérapeutes du Québec. Un des messages clé ressortant de l'étude concerne les difficultés que les répondants ont soulevées en regard de leur pratique à l'urgence. En effet, les ergothérapeutes rapportaient que les délais très courts, l'environnement souvent inapproprié, la coordination déficiente entre les professionnels et la méconnaissance du rôle de l'ergothérapeute constituaient des barrières quotidiennes à leur pratique.

Parallèlement à cette étude, Cusick, Johnson et Bissett (2009) ont réalisé une enquête qui avait pour but de décrire le profil de la pratique de l'ergothérapie au département d'urgence en Australie. Des résultats similaires à l'enquête québécoise ont été obtenus en termes d'outils d'évaluation et de méthodes d'intervention. Aussi, les conclusions de Cusick et collaborateurs appuient la pratique en équipe multidisciplinaire. Une différence était toutefois notée au niveau du statut d'emploi et du temps consacré à la pratique en urgence; les résultats amènent à constater que la pratique de l'ergothérapie à l'urgence est plus solidement ancrée dans le système de santé australien. En comparaison, les ergothérapeutes québécois disent agir principalement à titre de consultants plutôt que d'assurer une présence constante dans le département d'urgence (Veillette et coll., 2007).

À l'urgence, le rôle de l'ergothérapeute se situe surtout au niveau de l'évaluation du rendement occupationnel en vue de déterminer la capacité du patient à retourner à domicile et la nécessité de l'orienter vers des services hospitaliers adaptés à sa condition. (Cusick et coll., 2009). L'ergothérapeute s'assure aussi de palier aux difficultés du patient soit par des méthodes de compensation ou de réadaptation. Dans la suite de leurs travaux, Cusick, Johnson et Bissett (2010) ont conclu que les ergothérapeutes affectés à l'urgence manquaient d'informations concernant principalement les outils d'évaluation, les interventions et le rôle qu'ils pouvaient tenir à l'urgence. Les ergothérapeutes questionnés ont répondu vouloir de l'information additionnelle à propos des facteurs reliés aux habitudes de fréquentation de l'urgence par les patients et la préparation professionnelle nécessaire à l'obtention d'un poste dans un département d'urgence.

Au Québec, le MSSS (2006) a publié le Guide de gestion de l'URGENCE, visant à ce que les gestionnaires ainsi que les intervenants puissent gérer plus facilement et efficacement les ressources disponibles et ce, dans le but de rencontrer les résultats attendus par le MSSS. Dans ce guide, le rôle de l'ergothérapeute est clairement décrit.

Afin de diminuer le temps de séjour à l'urgence ou d'éviter une hospitalisation, les physiothérapeutes et les ergothérapeutes sont en mesure d'effectuer des consultations à l'urgence et de faire des recommandations à l'équipe soignante quant aux possibilités de retour à domicile de certains patients. Leur intégration à l'intérieur des équipes gériatriques interdisciplinaires leur permet de participer au dépistage précoce des

patients en perte d'autonomie et de prévenir les réadmissions à l'urgence. Ils offrent également un soutien à l'équipe de l'urgence en lui fournissant des outils de travail qui peuvent permettre d'éviter les lésions professionnelles. (p.150)

En conclusion, malgré l'émergence de l'ergothérapie dans les départements d'urgence hospitalière, la recension des écrits scientifiques a permis de constater la pertinence de l'ergothérapie à l'urgence et a également décrit le rôle de l'ergothérapeute au sein de l'équipe de soins des département d'urgence. Toutefois, elle amène également à constater un vide dans la littérature en ce qui a trait au processus d'implantation de l'ergothérapie dans un département d'urgence, d'où la pertinence de s'y attarder plus spécifiquement dans le cadre de cette étude.

3. CADRE CONCEPTUEL

Afin de bien cerner tous les enjeux reliés à l'implantation de l'ergothérapie dans un département d'urgence, l'utilisation d'un cadre théorique s'avérait nécessaire. Le Système de Planification du Marketing Social de Kotler (Kotler et Zaltman, 1971) permettait de classer les facteurs relatifs à l'implantation de l'ergothérapie en urgence et facilitait également leur analyse. Une adaptation du modèle a été faite afin d'opérationnaliser l'utilisation des concepts. Bien que développé initialement pour le domaine de la vente et de la consommation, les auteurs ont appliqué les principes de base du modèle à la modification des comportements sociaux (Kotler & Zaltman). Ainsi, il est possible de transposer certains éléments du modèle aux facteurs nécessaires à considérer lors de l'implantation de l'ergothérapie dans un département d'urgence.

La mission première du marketing est de développer des nouveaux produits en fonction des besoins préalablement ciblés auprès d'un marché potentiel. Le marketing se définit donc comme le développement d'un produit juste, soutenu par une promotion adéquate et disposé au bon endroit au juste prix [Traduction libre] (Kotler, Zaltman, 1971). Communément appelés les 4 P en raison de l'acronyme formé par les premières lettres dans leur version originale anglophone (*product*, *promotion*, *price* et *place*), ces éléments forment le *marketing mix* (Berkowitz, Crane, Kerin, Hartley et Rudelius, 2006).

L'utilisation du marketing dans l'offre de services des soins de santé a déjà été très mal perçue. Cependant, la réalité est telle que le marketing apparaît par ailleurs comme étant la clé du succès pour certains gestionnaires du système de santé (Jacobs, 1987). En effet, l'utilisation des techniques de mise en marché permet, entre autres, d'identifier les besoins qui ne sont pas comblés, de déterminer quel besoin doit être prioritairement ciblé, de maximiser les avantages des nouvelles technologies, de favoriser l'expansion ainsi que de développer des nouveaux programmes (Jacobs). Aussi, ce n'est pas d'hier que les chercheurs s'intéressent à la relation entre le marketing et les soins de santé. Effectivement, Loubeau (1984, p. 40, cité dans Jacobs) a établi six similitudes entre les soins de santé et la commercialisation des produits.

Les services de soins de santé : (a) sont développés afin de combler un besoin du marché ou un désir [...]; (b) requièrent un investissement capital (recherche et développement), un budget d'opération (production), et un effort de communications (affaires publiques); (c) ont une fonction, des caractéristiques et des bénéfices spécifiques qui sont (ou devraient être) présentés pour une acceptation maximale; (d) sont vendus pour une part particulière du marché; (e) déterminent les revenus (volume de ventes) par la facture directe, les remboursements et les subventions; ou les services sont rendus à perte pour stimuler la bonne volonté, l'image, ou les ventes d'autres services; et (f) sont imitatifs (les mêmes que les autres), adaptatifs (modifiés avec améliorations) ou innovateurs (lancent une tendance). [Traduction libre]

La Figure 1 qui suit représente une adaptation du modèle théorique de Kotler et Zaltman faisant ressortir la relation qui existe entre les différentes variables concernées dans la présente étude.

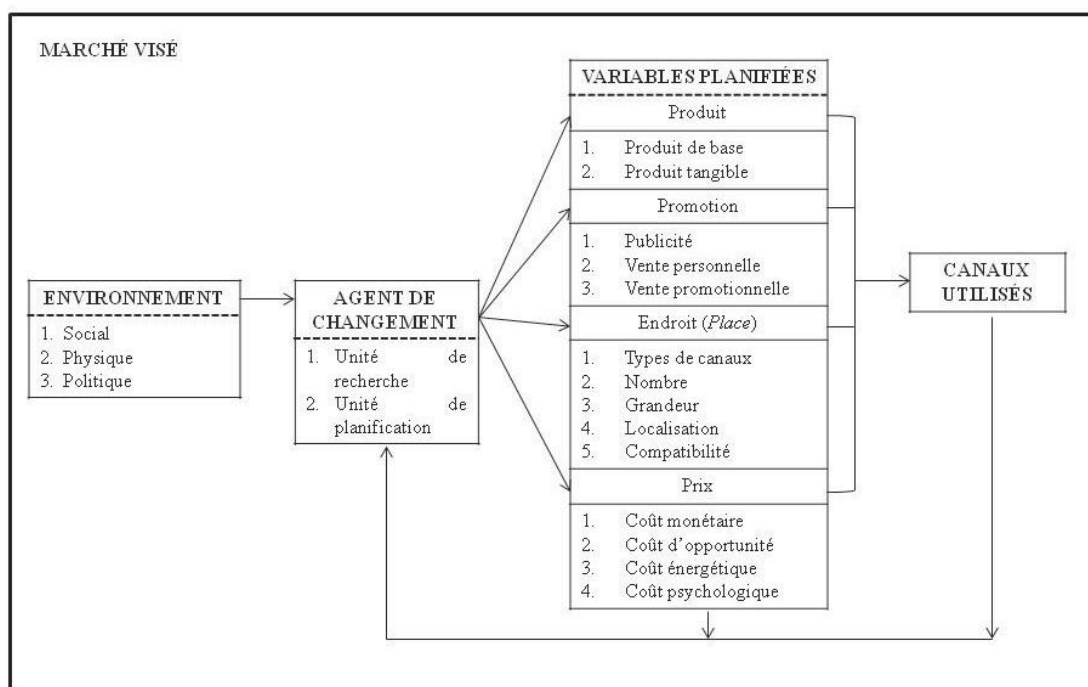


Figure 1. Adaptation libre du schéma du Système de Planification du Marketing Social de Kotler. Inspiré de Kotler, P., & Zaltman, G. (1971). Social Marketing: An Approach to Planned Social Change. *Journal of Marketing*, 35(3), 3-12.

Globalement, l'adaptation du modèle fait ressortir une boucle de rétroaction voulant que les informations provenant de l'environnement soient reçues et analysées par l'agent de changement, qui est constitué de la personne ou l'organisme qui désire mettre en marché un

nouveau produit. C'est à partir de ces informations que différents messages peuvent être créés, en tenant compte des particularités du *marketing mix*, et diffusés via différents canaux. Les résultats ainsi obtenus sont recueillis et analysés par l'agent de changement. Cette boucle de rétroaction prend place à l'intérieur d'un cadre formé par les caractéristiques du marché visé.

Fait intéressant à noter dans le cadre de la présente étude, il existe un précédent relativement à l'utilisation de ce modèle dans le monde de l'ergothérapie. Effectivement, Fänge, A., Risser, R., et Iwarsson, S. (2007) l'ont utilisé afin de guider l'implantation de la recherche chez des ergothérapeutes travaillant dans la communauté, plus spécifiquement en adaptation domiciliaire. Les auteurs soulignent qu'il est primordial d'identifier et de réduire les barrières à l'implantation, de fournir des incitatifs et des visites de soutien et de fournir de l'information et des séances de formation afin d'améliorer l'implantation.

Une description plus exhaustive de chacun des éléments du modèle du *marketing mix* de Kotler, et appliquée au contexte d'implantation de services d'ergothérapie à l'urgence se trouve dans le Tableau 1 qui suit. Celui-ci aide à expliquer à l'aide d'exemples chacune des variables du modèle, inspiré des définitions de Jacobs (1987) et de Berkowitz et collaborateurs (2006).

Tableau 1
Explication des variables de l'adaptation du Système de Planification du Marketing Social

Variables	Exemple précis dans le cadre de l'étude
Environnement	L'environnement physique (lieu de travail), social (collègues, autres professionnels) et politique (administration, budget, orientations ministérielles) relatif au travail de l'ergothérapeute.
Agent de changement	L'agent de changement est composé plus précisément du département d'urgence dans lequel l'ergothérapeute travaille et qui désire innover et intégrer la pratique de l'ergothérapie à son offre de soins.
Variables planifiées	1- Produit L'offre de services en ergothérapie pour les patients ayant des déficits fonctionnels.
	2- Promotion Les moyens utilisés par l'ergothérapeute pour expliquer son rôle aux autres membres de l'équipe de l'urgence.
	3- Endroit Les endroits que l'ergothérapeute choisit pour faire la promotion de son rôle.
	4- Prix Le temps de pratique professionnelle consacrée à l'urgence.
Canaux utilisés	Les stratégies qui sont utilisées pour diffuser l'information (ex : mini-conférences, document papier, etc.)
Marché visé	Les services de soins d'urgence de l'hôpital où travaille l'ergothérapeute.

4. OBJECTIFS DE RECHERCHE

L'objectif de l'étude vise à mettre en relation les facilitateurs et les obstacles à l'implantation de services d'ergothérapie dans les départements d'urgence avec les éléments d'une adaptation libre du Système de Planification du Marketing Social de Kotler (Kotler et Zaltman, 1971). Les facilitateurs et les obstacles à l'implantation peuvent se retrouver à la fois au plan humain (personnalité, habiletés relationnelles, expérience professionnelle, etc.), administratif (gestion des horaires de travail, méthodes de références, implication dans l'équipe de soins) et organisationnel (lieu de rencontre des patients, collaboration des dirigeants de l'urgence).

Plus spécifiquement, on vise à situer ces éléments à travers les différentes variables planifiées du modèle théorique de Kotler et Zaltman (1971), à cibler les points stratégiques à considérer lors de l'implantation d'un service d'ergothérapie dans un département d'urgence et de lancer des pistes de réflexion relatives à une meilleure utilisation des stratégies marketing pour ce faire.

5. MÉTHODE

Cette section a pour but de décrire tous les éléments méthodologiques pertinents à la réalisation du projet.

5.1. Devis

Il s'agit d'une étude exploratoire de type phénoménologique (Fortin, 2010). Effectivement, il est question de mettre en relation les facilitateurs et les obstacles à l'implantation de services d'ergothérapie dans les départements d'urgence nommés par les participants avec les éléments du Système de Planification du Marketing Social de Kotler (Kotler et Zaltman, 1971)

5.2. Participants

La population visée par l'étude concernait les ergothérapeutes du Québec qui travaillaient, au moment de l'entrevue, ou qui ont déjà travaillé dans un département d'urgence hospitalière et ce, sans égard au domaine de la santé physique ou mentale.

Suite à des discussions avec des experts du domaine, qui ont confirmé les conclusions issues de la recension des écrits scientifiques, les ergothérapeutes travaillant dans un département d'urgence sont peu nombreux dans la province de Québec. En conséquence, un échantillonnage par choix raisonné, et plus particulièrement à partir de réseaux de contacts professionnels, s'avérait être le choix le plus adapté au contexte de la recherche en vue du recrutement des participants. Quatre ergothérapeutes reconnus comme travaillant à l'urgence ont donc été identifiés. Ensuite, un premier contact par courriel a été fait avec ces participants potentiels pour leur présenter le projet de recherche, vérifier leur intérêt ainsi que leur disponibilité à participer et, le cas échéant, leur demander s'ils pourraient nous référer à des collègues qui pourraient être intéressés par le projet. Si les participants acceptaient de poursuivre le processus, un questionnaire leur était ensuite acheminé via courriel. Le même procédé a été utilisé pour tous les participants. Un nombre maximal de participants était souhaité mais, en raison des délais académiques liés au projet de maîtrise en ergothérapie, il a été considéré qu'un nombre moindre de participants puisse s'avérer acceptable.

Les participants retenus dans le cadre de la recherche devaient être membres de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ), travailler (ou avoir déjà travaillé) dans un département d'urgence, être disponible pour compléter un questionnaire et s'exprimer en français.

5.3. Méthodes de collecte des données

Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire dont les thèmes abordés étaient en lien avec les différentes variables du cadre conceptuel choisi (environnement, agent de changement, produit, promotion, endroit et prix) et comportait également une section sur l'expérience générale d'implantation (facilitateurs, obstacles et description de l'expérience en un mot) (voir le questionnaire à l'Annexe B). Le questionnaire comportait des items permettant de recueillir des informations portant sur les données sociodémographiques des participants, les facteurs qui jouent un rôle dans l'intégration d'un ergothérapeute au sein d'une équipe interprofessionnelle au département d'urgence, la pratique de l'ergothérapie (c'est-à-dire le modèle théorique utilisé, les outils d'évaluation utilisés, les motifs principaux de référence et les défis rencontrés dans les interventions auprès des patients). Le questionnaire était en format électronique et laissait donc le choix aux participants de le remplir selon le moment qui leur convenait le mieux.

5.4. Analyse des données

Dans un premier temps, une grille d'analyse a été construite sur la base des éléments de l'adaptation du modèle de Kotler et Zaltman (1971) (voir l'Annexe E). Dans un deuxième temps, à l'aide de la méthode d'analyse qualitative de révision de texte (Fortin, 2010), les réponses de chacun des experts consultés ont été comptabilisées à l'intérieur de la grille en association avec l'élément le plus pertinent auquel elles se rapportaient. Il s'agissait d'une méthode toute indiquée dans le cas présent, car elle est appropriée pour les études phénoménologiques (Fortin). De plus, puisqu'il s'agissait d'un questionnaire comportant des questions à court développement, il arrivait qu'un ergothérapeute fournisse des éléments pertinents à une autre catégorie à l'intérieur d'une réponse. La réponse était alors traitée en lien avec le thème le plus approprié pour l'analyse des données. Cette méthode d'analyse qualitative offrait donc une flexibilité intéressante en termes de regroupement des données.

Finalement, pour chacune des questions, les similitudes et les différences ont été relevées entre les répondants afin de dégager un message clair des réponses obtenues.

5.5. Considérations éthiques

Le projet a été approuvé par le comité d'éthique de l'Université du Québec à Trois-Rivières (voir le certificat # CER-12-185-06.05 à l'Annexe D, ainsi que la lettre explicative et le formulaire de consentement à l'Annexe E). En ce qui a trait à la confidentialité des données recueillies, un logiciel éprouvé de conservation des données (Logiciel True Crypt) a été utilisé. Seule la directrice de recherche et l'étudiante-chercheure ont eu accès aux données, qui seront conservées jusqu'à l'obtention du diplôme de maîtrise.

6. RÉSULTATS

Cette section présente les résultats obtenus grâce à l'étude. Dans un premier temps, une description de l'échantillon sera présentée. Par la suite, les éléments de réponse obtenus par questionnaire seront exposés en tenant compte des éléments du cadre conceptuel de l'étude. Finalement, des éléments de réponse généraux concernant l'implantation de l'ergothérapie à l'urgence viendront clore cette section.

6.1. Description de l'échantillon

La méthode d'échantillonnage par choix raisonné, plus particulièrement par réseaux de contacts professionnels a permis de recruter trois participants pour l'étude. Les participantes étaient toutes des femmes, ce qui justifie l'usage du genre féminin pour toute cette section. Elles travaillaient dans trois régions administratives du Québec différentes, soit la Capitale-Nationale, Montréal et la Montérégie. Le Tableau 2 présente les différentes caractéristiques démographiques de l'échantillon.

Tableau 2
Caractéristiques démographiques de l'échantillon

		Minimum	Maximum	Moyenne
Âge (années)		29	38	33,67
Nombre d'années d'expérience	En tant qu'ergothérapeute	2	15	14,5
	À l'urgence en particulier	0,92	5	2,64

6.2. La pratique de l'ergothérapie à l'urgence en lien avec les éléments du Système de Planification du Marketing Social de Kotler

Les résultats relatifs aux différents éléments de l'adaptation du modèle théorique utilisé sont présentés dans cette section. Plus précisément, les réponses des participantes relatives à l'environnement, aux éléments du *marketing mix*, aux canaux utilisés lors de l'implantation de l'ergothérapie à l'urgence, aux facilitateurs et obstacles rencontrés ainsi qu'au résumé de leurs expériences respectives en un mot seront exposées.

6.2.1. L'environnement

Pour les trois ergothérapeutes questionnées, le développement d'une pratique à l'urgence s'inscrivait dans le cadre d'un projet de recherche. Effectivement, que ce soit dans le but de valider un outil, de réaliser un projet de maîtrise ou bien de participer à l'amélioration des services du département par le biais de la mise en place de l'approche *Lean*, toutes les répondantes ont fait mention d'un point de départ se rapportant à un contexte de type projet-pilote. Toutes ont également fait mention d'un fort intérêt pour le développement d'une pratique émergente, une participante a même parlé « de forte détermination » de mise en œuvre d'un tel projet.

En ce qui a trait à la journée-type d'un ergothérapeute dans un département d'urgence, bien que les réponses puissent s'avérer différentes à première vue, toutes les répondantes ont dit se présenter à l'urgence lorsqu'il y a un besoin. Chacune des ergothérapeutes s'assure de faire un repérage des besoins fonctionnels à l'urgence. Dans un cas, il s'agit de se présenter à la réunion de l'urgence du matin, dans l'autre c'est d'assurer une présence tôt le matin à raison de trois jours par semaine et de répondre aux appels en-dehors de ces heures alors que pour la troisième participante, il s'agit de se présenter à l'urgence selon les besoins que ce soit en matinée ou plus tard en journée.

La collaboration professionnelle est un atout important dans la pratique à l'urgence (Lee et coll., 2001). Ainsi, deux participantes rapportent faire un travail multidisciplinaire à l'urgence, alors que la troisième parle plutôt d'une collaboration entre discipline selon les besoins. Cependant, toutes les participantes notent faire appel au personnel infirmier lors des interventions à l'urgence. Aussi, deux participantes mentionnent travailler avec l'ensemble du personnel médical et professionnel de l'urgence (médecins, préposés aux bénéficiaires, travailleurs sociaux). Finalement, une participante fait état de sa collaboration avec un physiothérapeute.

Les trois participantes ont mentionné mener les évaluations et intervenir auprès des patients à leur chevet. Cependant, certaines particularités existent en fonction de la configuration des lieux physiques de l'urgence. Ainsi, une des participantes mentionne qu'à

l'hôpital où elle pratique, les lits des patients se situent « dans des cubicules fermés par des portes et/ou des rideaux », ce qui limite un peu les sources de distraction. Cependant, un consensus est présent quant au fait qu'intervenir dans un contexte d'urgence hospitalière peut représenter un réel défi pour les ergothérapeutes.

Les exigences concernant la tenue de dossiers font partie du travail quotidien de l'ergothérapeute, peu importe son lieu de pratique. Les ergothérapeutes qui exercent à l'urgence n'y font pas exception et doivent trouver un endroit pour rédiger leurs notes au dossier et leurs rapports d'évaluation. Les trois répondantes ont mentionné faire la tenue de dossier (notes évolutives) au poste infirmier de l'urgence et une d'entre elles pouvait également compléter la rédaction des rapports d'évaluation dans son bureau situé à un autre endroit dans l'hôpital.

Pour deux participantes, le modèle théorique utilisé pour la pratique à l'urgence est le Modèle canadien du rendement occupationnel (MCRO). Une des participantes soulève toutefois un questionnement à l'effet d'utiliser plutôt le modèle Personne-Environnement-Occupation (PEO), mais elle n'en mentionne pas la raison.

6.2.2. Les agents de changement

Les participantes ont été questionnées concernant les motifs de référence généralement reçus en ergothérapie à l'urgence. Dans deux cas, il s'agissait d'un questionnement de l'équipe par rapport à la sécurité du retour à domicile, qui pouvait résulter soit de la constatation d'une perte d'autonomie multifactorielle, d'un risque de chutes ou de la consultation de la personne à l'urgence suite à une fracture. Le cas de la troisième participante est légèrement différent vu le caractère particulier de son projet de recherche qui, rappelons-le, l'a conduite à implanter la pratique de l'ergothérapie dans le département d'urgence hospitalière de son lieu de travail. Effectivement, le projet visait des « personnes âgées de 65 ans et plus présentant des déficits cognitifs ». Les motifs de référence se limitaient donc exclusivement à cette clientèle.

6.2.3. Les variables planifiées du *Marketing Mix*

Cette section rapporte les résultats obtenus aux questions concernant les variables planifiées du *Marketing Mix*. Il s'agit du produit, soit l'offre de services en ergothérapie, de la promotion du rôle de l'ergothérapeute auprès des autres professionnels, des endroits choisis pour faire la promotion et du prix relié à la présence d'un ergothérapeute à l'urgence.

6.2.3.1. Le produit : l'offre de services en ergothérapie

Dans un premier temps, le questionnaire comportait une section sur les modalités d'évaluation utilisées par les ergothérapeutes à l'urgence. Il leur était demandé quelles modalités elles utilisaient et les avantages que celles-ci procuraient. Un élément de réponse d'une des participantes démontre clairement que le but de l'évaluation à l'urgence « est de documenter le plus possible et le plus rapidement possible » afin d'orienter adéquatement l'équipe sur les besoins du client. La méthode d'évaluation par entrevue est commune aux trois répondantes, tout comme l'utilisation de mises en situation et d'observations. Deux participantes ont fait part de l'utilisation de l'Évaluation du statut fonctionnel à l'urgence des personnes âgées (ESFU-PA) dans le cadre de leur pratique à l'urgence et une participante faisait également mention de l'outil d'Identification systématique des aînés à risque (ISAR) comme outil de dépistage à l'urgence. Dans la pratique de cette participante, l'outil de dépistage était utilisé systématiquement pour tous les patients qui étaient admissibles pour son étude.

Suite à l'évaluation, les interventions nécessaires à la situation du client doivent être réalisées. De ce fait, les trois répondantes procèdent généralement sous forme de recommandations en utilisant un mode majoritairement compensatoire. Des interventions telles que la recommandation de services à domicile et d'aides techniques ainsi que de l'enseignement au client et à sa famille sont fréquentes à l'urgence, en plus de l'ajustement du niveau d'aide requis et de l'évaluation des besoins en lien avec la réadaptation, s'il y a lieu.

Pour deux des répondantes, l'utilisation d'un mode d'intervention compensatoire entraîne la prescription d'aides techniques, tant pour les déplacements que pour les activités de la vie quotidienne et domestique. Dans un cas, l'ergothérapeute qui pratique à l'urgence a

accès au service de prêt d'équipement de son Centre de santé et de services sociaux (CSSS) et à la présence d'une aide-ergothérapeute qui peut se rendre à domicile pour faire les installations requises en cas de besoin, alors que dans l'autre la recommandation est faite au client et il est de sa responsabilité d'aller se procurer lui-même l'aide technique souhaité.

6.2.3.2. La promotion du rôle de l'ergothérapeute

Les trois ergothérapeutes questionnées ont eu à faire la promotion de leur rôle et des avantages que leur pratique au département d'urgence pouvait apporter. Dans deux cas, les ergothérapeutes ont dû faire face à un certain étonnement et à quelques résistances de la part du personnel médical relativement à leur apport au sein de l'équipe déjà en place. Cependant, pour ces participantes l'étonnement du départ a fait place à une collaboration entre les divers professionnels. Une des participantes rappelle que la promotion doit être faite en continu afin de maintenir la collaboration et de consolider le changement dans les pratiques qui est en train de s'opérer. Elle mentionne d'ailleurs que « Malheureusement, la pratique de l'ergothérapie à l'urgence n'a pas été maintenue depuis le projet, bien que je continue à la valoriser et que je suis convaincue qu'elle sera appelée à reprendre éventuellement »

6.2.3.3. Les endroits choisis

Cet élément du *marketing mix* se rapporte au lieu où la promotion du nouveau service sera faite (Jacobs, 1987). Les ergothérapeutes ayant participé au projet ont toutes trois mentionné avoir utilisé le poste infirmier de l'urgence comme lieu pour faire la promotion de leur rôle à l'urgence. Certaines ont également utilisé les salles de réunion.

6.2.3.4. Le prix relié à la pratique de l'ergothérapie à l'urgence

Dans le cadre de la présente étude, la notion de prix a été associée au nombre de jours de pratique à l'urgence des ergothérapeutes par semaine ainsi que temps moyen passé auprès des patients vus à l'urgence. Deux participantes ont offert un approximatif du temps qu'elles passent à l'urgence dans une semaine, soit 20% du temps (l'équivalent d'une journée de 7 heures dans le cas d'une pratique à temps complet) pour la première répondante et 3 heures minimalement pour le repérage des besoins fonctionnels en plus du temps consacré aux patients pour la seconde.

Le temps passé avec chaque patient vu est également très variable compte tenu des multiples problématiques qu'il est possible de rencontrer à l'urgence. Deux ergothérapeutes ont donc répondu passer en moyenne 2,5 heures avec chacun des patients, en incluant les interventions directes et indirectes. La troisième répondante a, pour sa part, estimé à 1,5 heure le temps qu'elle consacre à un patient incluant également la rédaction des notes et du rapport d'évaluation.

6.2.4. Les canaux utilisés

Les canaux utilisés correspondent aux moyens qu'utilisent les ergothérapeutes pour mettre l'offre de services en ergothérapie sur le marché. Les trois ergothérapeutes ont utilisé des méthodes différentes selon les particularités de leurs milieux de pratique. La première personne interrogée mentionne avoir procédé par des discussions informelles en mini-comités et des formations selon la méthode du cas par cas. La deuxième participante a plutôt opté pour une rencontre explicative avec les médecins de l'urgence et une seconde rencontre avec les assistantes-infirmières chef (AIC). Pour sa part, la dernière participante a choisi deux canaux pour mettre son produit en valeur. Elle a d'abord conçu et accroché une affiche résumé de son projet au poste des infirmières et ensuite, elle a eu l'opportunité d'expliquer les objectifs de son projet de recherche lors d'une réunion réunissant tous les urgentologues de l'hôpital.

6.3. Les facilitateurs et les obstacles rencontrés lors de l'implantation

Étant donné le contexte singulier de chaque département d'urgence, les éléments qui ont facilité l'intégration de l'ergothérapeute dans l'équipe sont différents d'une répondante à l'autre. Dans le cas de la première participante, le fait que ce soit un projet de recherche en partenariat avec l'UQTR a facilité le processus d'implantation. De plus, cette participante mentionne que son intérêt pour une telle pratique ainsi que sa grande motivation et détermination ont joué en sa faveur. Pour la seconde participante, son alliance avec la physiothérapeute a été un élément positif de son implantation. Finalement, la troisième participante a relevé le fait qu'elle a mené son projet de recherche dans l'établissement où elle travaillait déjà, ce qui fait que certains membres du personnel la connaissaient déjà. Elle souligne également l'implication de l'infirmière de l'équipe d'intervention gériatrique (EIG) qui a facilité le recrutement des participants.

Bien que tous les projets d'implantation aient été menés à bien, il n'en reste pas moins que toutes les ergothérapeutes consultées dans le cadre de ce projet de recherche ont été confronté à certains obstacles. La première participante rapporte que les orientations ministérielle de l'Agence de santé et de services sociaux de sa région valorisent plutôt l'infirmière gériatrique comme étant la personne ressource à l'urgence pour l'évaluation de l'autonomie des personnes âgées. De plus, la pénurie d'ergothérapeutes ainsi que le roulement du personnel à l'intérieur de ce service ont contribué à rendre plus difficile le processus d'implantation de l'ergothérapie à l'urgence. Elle mentionne aussi que la méconnaissance du rôle de l'ergothérapeute à l'urgence par les autres professionnels a pu entraver le déroulement des opérations. Pour la seconde participante, l'« arrivée d'une nouvelle physio, ne respectant plus nos offres de services » a contribué à rendre plus difficile le projet d'implantation, tout comme le changement de personnel, surtout au niveau des AIC. Pour la troisième participante, plusieurs facteurs ont joué un rôle négatif dans la réalisation de son projet de recherche.

D'une part, puisqu'il ne s'agissait pas d'une pratique courante, les professionnels qui travaillent quotidiennement dans ce milieu clinique ne pensaient pas à me référer les patients potentiels pour le projet de recherche et ce malgré une liste de critères bien établis et écrits au poste de garde à l'urgence. Je devais donc être proactive, en me rendant à l'urgence, en faisant moi-même le repérage des patients. D'autre part, le roulement important du personnel a été un obstacle important. Ce n'était donc pas tous les professionnels de l'urgence qui avaient été mis au courant de cette nouvelle pratique. Certains professionnels avaient des stéréotypes et des idées préconçues de l'ergothérapie et ils ne voyaient pas le rôle de l'ergothérapeute dans une équipe à l'urgence.

Cette même participante souligne également que la définition de son rôle par rapport à celui de l'infirmière de l'EIG en ce qui a trait à l'administration du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) et des tests cognitifs a constitué un obstacle à son implantation. Pour terminer, cette participante a également fait une liste des éléments en lien avec les différents outils d'évaluation utilisés (ISAR, MMSE et ESFU-PA) et les composantes du projet de recherche qui avaient pu constituer des obstacles (durée du projet, particularité de l'urgence, procédures reliées au projet, aspects particuliers entourant les considérations éthiques et, par voie de conséquences, le taux de refus des participants qui en a découlé).

En guise de conclusion au questionnaire, les ergothérapeutes qui ont participé à l'étude étaient invitées à résumer leur expérience d'implantation. La première participante a utilisé le mot pertinence pour résumer son expérience. Elle ajoute même que selon elle « dans le réseau public, la pratique à l'urgence est le secteur où l'apport de l'ergothérapeute en terme de valeur ajoutée est le plus grand ». La seconde participante a optée pour l'expression « les montagnes russes » afin d'imager le déroulement de son implantation. Finalement, la troisième participante a résumée son expérience comme étant un « rôle qui peut être à la fois stimulant et difficile » que celui d'implanter des nouvelles pratiques.

En effet, ça me stimule de devoir développer de nouvelles pratiques, des nouvelles façons de faire, de rencontrer des gens pour expliquer la profession et ce que nous pouvons apporter de plus en ergothérapie dans ce nouveau milieu. Par contre, ça nécessite de répéter souvent les mêmes discours, les mêmes raisons. Il faut faire face à d'autres professionnels qui ne sont pas toujours prêts à faire des changements dans la pratique. Il faut vraiment croire profondément à ce que nous pouvons faire pour améliorer la qualité des services rendus à nos patients. Ça demeure donc un défi de taille.

7. DISCUSSION

Le but de la présente étude était de mettre en relation le processus d'implantation de services d'ergothérapie dans les départements d'urgence du Québec avec les éléments d'une adaptation libre du Système de Planification du Marketing Social de Kotler (Kotler et Zaltman, 1971). Plus spécifiquement, il était prévu de situer les composantes de l'implantation à travers les différentes variables du modèle, de cibler les points stratégiques à considérer lorsqu'un ergothérapeute désire implanter des services dans un département d'urgence et de lancer des pistes de réflexion relatives à une meilleure utilisation des stratégies marketing. Les données ont été recueillies par questionnaire auprès de trois ergothérapeutes experts ayant participé à l'implantation de services d'ergothérapie dans un département d'urgence.

7.1. La relation entre les éléments de l'adaptation du Système de planification du marketing social de Kotler, la littérature et les résultats obtenus

Les résultats obtenus font ressortir des similitudes et des différences entre ce qui est proposé dans la littérature et ce qui se passe réellement lors de l'implantation d'une nouvelle pratique dans un milieu clinique, à savoir la pratique de l'ergothérapie dans un contexte d'urgence hospitalière dans le cas du présent projet. C'est donc en considérant chacun des éléments de l'adaptation du Système de planification du marketing social de Kotler que les résultats seront discutés en regard des éléments qui sont ressortis de la littérature.

7.1.1. L'environnement

L'environnement tient compte des aspects physiques, sociaux et politiques de la pratique de l'ergothérapie dans un département d'urgence hospitalière. Dans le cas présent, la dimension politique a eu un effet positif sur la mise en œuvre des projets d'implantation, par le biais de projets de recherche qui ont contribué à introduire de nouvelles pratiques. Effectivement, le caractère particulier d'un projet de recherche permet aux professionnels concernés de s'adapter graduellement à la nouveauté et d'apprécier, s'il y a lieu, les effets positifs du changement. Cependant, il importe de respecter certaines étapes primordiales au bon déroulement de l'implantation.

En ce qui a trait à l'environnement social, il a fait office tant de facilitateur que d'obstacle lors de l'implantation. La disparité des résultats entre les participantes suggèrent que, selon les différents milieux d'implantation, les autres professionnels n'ont pas tous perçus le projet avec le même enthousiasme. Il est cependant normal de rencontrer des résistances lors de la mise sur pied d'un changement (Bareil, 2004). Plusieurs causes possibles de la résistance au changement peuvent être avancées, telles que les « causes individuelles, collectives, politiques et celles liées à la qualité de la mise en œuvre du changement, au système organisationnel en place et au changement lui-même » (Bareil). Plusieurs stratégies ont été proposées au fil des années afin de limiter, voir surmonter les résistances au changement. Essentiellement, elles consistent à expliquer clairement les raisons qui justifient le changement et à faire participer les intervenants concernés à la mise sur pied du changement (Lawrence, 1969; Bareil). Lawrence encourage les gestionnaires à tenter de comprendre la source de la résistance plutôt que de l'ignorer ou de la surmonter. Par ailleurs, l'environnement social a plutôt été considéré comme un facilitateur pour deux participantes en particulier, qui ont fait état de la collaboration avec l'infirmière de l'EIG dans un cas, ou la physiothérapeute du milieu dans un autre cas.

L'environnement physique de l'urgence semble avoir été considéré plutôt comme un obstacle à l'implantation de l'ergothérapie dans les départements d'urgence. Effectivement, la proximité des lits ainsi que le mouvement incessant du personnel dans le département sont des sources de distraction qui peuvent facilement entraver les évaluations et les interventions en ergothérapie. Aussi, la tenue de dossier faisant partie intégrante de la pratique de l'ergothérapeute, le poste infirmier a été mentionné comme étant un lieu bruyant où la concentration peut s'avérer difficile lors de la rédaction des dossiers.

7.1.2. Les agents de changement

Dans l'adaptation du modèle de Kotler et Zaltman (1971), le rôle d'agent de changement est tenu par la personne ou l'organisation qui désire développer et mettre en œuvre les nouvelles pratiques, mais il doit également analyser les résultats de l'implantation. Dans le cas présent, les ergothérapeutes ont été questionnées sur des éléments se rapportant à l'analyse des effets. Les services offerts à l'urgence impliquent des impondérables qui jouent

un rôle sur le flot de patients pouvant être vus en ergothérapie. C'est également ce qui rend difficile l'estimation de la charge de travail par semaine pour l'ergothérapeute qui dessert le département d'urgence. À cet égard, les propos d'une des répondantes permettent d'illustrer le caractère cyclique de l'urgence.

Période plus calme et d'autres plus achalandée. Période d'éclosion de maladie (grippe et gastro-entérite). Ceci faisait en sorte que le milieu n'était plus enclin à la recherche. Beaucoup de mesures préventives mises en place. Personnes âgées instables médicalement lorsque contaminées.

Les experts consultés ont également documenté les aspects entourant les motifs de référence généralement vus en ergothérapie dans la pratique à l'urgence. Les résultats obtenus sont cohérents avec les besoins actuels des personnes âgées, qui sont de plus en plus nombreuses à recourir aux services d'urgence, qui s'y présentent avec des besoins requérant plus de ressources et qui sont plus à risque de déclin fonctionnel suite à une visite à l'urgence (Aminzadeh et Dalziel, 2002). Ainsi, la préoccupation du personnel médical à l'effet de dépister les pertes d'autonomie fonctionnelle permet de contrer d'éventuels effets indésirables lors du retour à domicile.

7.1.3. Les variables planifiées du *marketing mix*

La base d'une stratégie marketing repose sur un produit à mettre en marché (Jacobs, 1987). Dans le cas présent, il s'agissait plutôt d'une offre de services. Effectivement, tout comme un produit tangible (matériel), l'offre de services en ergothérapie est un produit dont les avantages sont à faire valoir et dont les composantes sont à documenter afin de bien cibler les stratégies de promotion et de mise en place qui seront utilisées, ainsi que les endroits qui seront choisis pour réaliser cette promotion.

7.1.3.1. Le produit

Premièrement, il est d'une importance capitale de définir le rôle de l'ergothérapeute à l'urgence. Dans le cadre de cette étude, la méconnaissance du rôle de l'ergothérapeute par les autres professionnels de l'urgence est ressortie comme étant un obstacle important à l'implantation. Cet obstacle avait d'ailleurs été soulevé par Veillette et collaborateurs (2007). Or, le MSSS (2006) dans le Guide de gestion de l'URGENCE offre une définition claire du

rôle de l'ergothérapeute à l'urgence qui peut être utilisée pour faciliter l'intégration et l'implantation des ergothérapeutes dans les différentes urgences du Québec. La réflexion sur le rôle de chacun des acteurs du changement est nécessaire au bon déroulement de l'implantation (Institut de la recherche en santé du Canada, 2012). Il est également nécessaire que, suite à l'établissement des rôles de chacun, les professionnels respectent ce rôle, notamment afin de prévenir les conflits pouvant être reliés aux actes partagés. Le cas échéant, des irritants pour les parties concernées peuvent survenir et constituer un obstacle à l'implantation, tel que cela a été relevé par une des participantes.

L'offre de services en ergothérapie doit faire état des méthodes d'évaluation et d'intervention utilisées à l'urgence. Un consensus ressort de la littérature à l'effet qu'un processus d'évaluation multidimensionnel complet permettrait de prévenir le déclin fonctionnel des personnes âgées suite à leur congé de l'hôpital, à l'intérieur duquel le rôle de l'ergothérapeute concerne l'évaluation du statut fonctionnel. Les réponses fournies par les participantes sont congruentes avec les modalités d'évaluation proposées par la littérature scientifique (Graf, Zekry, Giannelli, Michel et Chevalley, 2011). Cependant, il n'en demeure pas moins que certaines modalités d'évaluation puissent encourir des difficultés lors de leur utilisation. Ainsi, tel que rapporté par une participante, il est nécessaire de bien connaître les outils d'évaluation utilisés.

L'intervention basé sur une approche de compensation est un incontournable dans la prestation de services à l'urgence. Or, cette approche implique que le client ait à se procurer du matériel. L'accès au service de prêt d'aides techniques ainsi qu'à la disponibilité d'une aide-ergothérapeute pour aller faire les installations au besoin permet sans doute d'augmenter l'adhérence aux recommandations faites par l'ergothérapeute. De plus, cela permet de réduire les inconvénients reliés au coût d'achat des aides techniques, au besoin de recourir à un proche pour réaliser l'achat ou que la recommandation tombe dans l'oubli. L'aspect organisationnel est également à considérer, car selon les répondantes de l'étude, l'appartenance de l'hôpital à un CSSS favoriserait une continuité des services dans la communauté.

7.1.3.2. La promotion et les canaux utilisés

La promotion des services offerts est incontournable et doit inclure les avantages du service offerts, son prix ainsi que le lieu où il est disponible tout en tenant compte du marché visé (Jacobs, 1987). Une des participante le confirme d'ailleurs de manière éloquente en affirmant que « Lorsqu'on explique le pourquoi des choses, les gens collaborent bien. Même s'ils ont quelques résistances, le fait de connaître les enjeux entraîne une motivation suffisante pour contribuer au mieux-être du client ». La promotion fait appel à des « stratégies de communication qui rendront le produit familier, acceptable et éventuellement désirable pour le marché visé » [traduction libre] (Kotler et Zaltman, 1971). Plusieurs stratégies, ou canaux de diffusion, peuvent être utilisés pour mener à bien une campagne promotionnelle telle que la publicité, les annonces imprimées, les courriels ou la vente personnelle. Dans le cadre de cette recherche, la publicité faisait plutôt appel aux discussions informelles tenues avec un collègue, alors que la vente personnelle se rapportait davantage aux réunions d'information où le directeur du projet d'implantation pouvait exposer ses objectifs et les particularités de son projet. Les participantes ont utilisé les trois méthodes de diffusion préalablement expliquées, en alliant généralement deux canaux différents. Il importe de faire un choix judicieux selon le contexte particulier du lieu d'implantation afin de rejoindre le plus grand nombre de personnes possibles. Une stratégie qui aurait pu être efficace, mais qui n'a pas été mentionnée par les répondantes, aurait été de diffuser une annonce dans le journal de l'établissement ou encore d'envoyer un courriel à tous les intervenants susceptibles d'être impliqués dans le projet pour les informer au sujet du projet.

7.1.3.3. L'endroit choisi

Selon Kotler et Zaltman (1971), l'endroit pour mettre le produit en marché constitue un choix crucial pour la survie de celui-ci. Il est essentiel de choisir un lieu adéquat et qui démontre une compatibilité avec les canaux de diffusion priorisés. À cet égard, les participantes ont fait un choix judicieux en utilisant le poste infirmier comme lieu de promotion. Effectivement, à l'urgence, il s'agit d'un point névralgique où se côtoient AIC, infirmières, médecins et autres professionnels. Par ailleurs, lorsqu'il est question de tenir des réunions d'information, l'utilisation de salles de réunion s'est avérée un choix approprié, car elles constituent un endroit où les sources de distractions sont réduites au minimum pour

l'auditoire. Cela permet donc à la personne qui présente son projet de maximiser le nombre d'interlocuteurs ainsi que leur compréhension.

7.1.3.4. Le prix

Le prix correspond généralement à la valeur d'échange du produit proposé (Jacobs, 1987). Kotler et Zaltman (1971) ajoutent la nuance que le prix, tout comme l'endroit choisi, doit comporter un aspect d'adéquation et de compatibilité avec le produit proposé. Dans le cadre de cette étude, ce sont le nombre de jours de pratique par semaine d'un ergothérapeute à l'urgence ainsi que le temps moyen consacré à chacun des patients qui ont été analysés. Aucune des trois participantes ne pratique à temps complet à l'urgence. Leur présence est généralement sporadique, selon les besoins des clients. En comparaison, le modèle australien fait état de la présence d'un ergothérapeute à temps complet au département d'urgence (Johnson et Cusick, 2009; Cusick et coll., 2009). Smith et Rees (2004) recommandaient également que le service d'ergothérapie soit offert tous les jours de la semaine et que l'ergothérapeute adapte son horaire de manière à répondre au plus grand nombre de patients possibles.

En ce qui a trait au temps moyen par patient, les résultats rapportent une certaine constance entre les milieux de pratique oscillant entre 1,5 et 2,5 heures par patient, incluant la rédaction. Ces résultats sont congruents avec le rôle de l'ergothérapeute à l'urgence ainsi qu'avec la mission de l'urgence hospitalière, où les interventions en ergothérapie doivent être rapides et avoir pour objectif de répondre au mandat initialement confié au professionnel par l'équipe de soins de l'urgence.

7.2. Forces et limites de l'étude

Tout d'abord, cette étude se démarque par le caractère original du cadre conceptuel choisi, considérant que l'utilisation du marketing dans la mise en place de services en soins de santé n'est pas encore très bien documentée. La présente étude fait donc un lien avec le domaine de l'administration en reliant les différents éléments de l'adaptation du Système de marketing social de Kotler (Kotler et Zaltman, 1971) et le processus d'implantation de l'ergothérapie dans une pratique à l'urgence. Elle permet également d'amorcer la réflexion sur

l'importance d'utiliser une stratégie de mise en œuvre efficace lorsqu'il est question d'instaurer un changement dans la pratique professionnelle.

Cette étude comporte cependant des limites qui se doivent d'être nommées. Tout d'abord, le nombre de participants constitue la limite principale. Cependant, cette limite peut être expliquée par le fait que ce type de pratique est encore méconnu; que les ergothérapeutes y sont encore peu nombreux, qu'on ne sait pas exactement qui ils sont ni où ils travaillent. La seconde limite concerne la méthode d'échantillonnage par réseau, qui peut entraîner un biais de sélection et qui survient lorsque l'échantillon qui a été retenu n'est pas représentatif de la population cible (Fortin, 2010). Étant donné que les répondants ont été choisis sur la base de contacts professionnels, il est possible que les caractéristiques de l'échantillon recueilli ne soient pas représentatives de la population cible.

La méthode de collecte de données peut également créer un biais. Effectivement, l'utilisation du questionnaire, à l'instar de l'entrevue, ne permet pas aux participants de clarifier des questions lorsque celles-ci suscitent des interrogations, ni de compléter les réponses des répondants lorsque celles-ci génèrent de la confusion pour le chercheur. Finalement, étant donné que chaque milieu hospitalier a ses propres caractéristiques, il serait difficile de généraliser les résultats obtenus à d'autres ergothérapeutes que celles qui ont participé à l'étude.

8. CONCLUSION

Tout d'abord, une recension des écrits ayant pour sujet la pratique de l'ergothérapie à l'urgence a été complétée. Il a été soulevé que la pratique de l'ergothérapie dans un département d'urgence est fort pertinente et qu'elle est bien ancrée ailleurs dans le monde. Cependant, un vide a été constaté en ce qui au processus d'implantation par lequel les ergothérapeutes désireux de développer une telle pratique doivent passer. Le but de cette étude était donc de décrire le processus de l'implantation de l'ergothérapie dans un département d'urgence en se basant sur l'adaptation du modèle du Système de marketing social de Kotler (Kotler et Zaltman, 1971). Pour ce faire, trois ergothérapeutes ayant réalisé un tel processus ont été interrogées via un questionnaire et les résultats obtenus ont été analysés à partir du cadre conceptuel élaboré à l'aide de l'adaptation du modèle de Kotler. Les résultats ont permis de dégager certaines similitudes en ce qui a trait principalement aux modalités d'évaluation, aux lieux des interventions, aux motifs de référence ainsi qu'à l'endroit choisi pour faire la promotion de la nouvelle pratique. Toutefois, des différences ont également été relevées au plan de l'intervention à l'urgence, notamment lors de l'attribution d'aides techniques, des canaux utilisés pour faire la promotion du changement et des facilitateurs et obstacles généraux à l'implantation.

Dans cette étude, le lien a été fait entre l'implantation de services d'ergothérapie dans un département d'urgence et les éléments du modèle du Système de marketing social de Kotler. Or, les ergothérapeutes n'ont pas tous des connaissances issues du domaine de l'administration pour faciliter l'application d'un changement dans la pratique. Dans une recherche ultérieure, il serait intéressant de mesurer l'efficacité de l'utilisation des stratégies marketing lors de l'implantation d'une pratique émergente en soins de santé.

RÉFÉRENCES

- American College of Emergency Physicians. (1994). Definition of an emergency service. *Annals of Emergency Medicine*, 23, 1397.
- Aminzadeh, F. et Dalziel, W. B. (2002). Older adults in the emergency department: A systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. *Annals of emergency medicine*, 39(3), 238-247.
- Bareil, C. (2004). *La résistance au changement : Synthèse et critique des écrits* (Cahier n°04-10). Montréal, Québec : HEC Montréal.
- Berkowitz, E. N., Crane, F. G., Kerin, R. A., Hartley, S. W. et Rudelius, W. (2006). *Le marketing* (2^e éd.; adapté par D. Pettigrew, S. Gauvin et W. Menvielle; traduit par M. Morin et J-R. Saucyer). Montréal, QC : Chenelière Éducation.
- Bernstein, E. (1997). Repeat Visits by Elder Emergency Departments Patients : Sentinel Events. *Academic emergency medicine*, 4(6), 538-539.
- Boyd, M., Koziol-McLain, J., Yates, K., Kerse, N., McLean, C., Pilcher, C. et Robb, G. (2008). Emergency department case-finding for high-risk older adults: the Brief Risk Identification for Geriatric Health Tool (BRIGHT). *Academic Emergency Medicine: Official Journal Of The Society For Academic Emergency Medicine*, 15(7), 598-606.
- Carlill, G., Gash, E. et Hawkins, G. (2002). Preventing Unnecessary Hospital Admissions: an Occupational Therapy and Social Work Service in an Accident and Emergency Department. *The British Journal of Occupational Therapy*, 65(10), 440-445.
- Cheah, S. et Presnell, S. (2011). Older people's experiences of acute hospitalisation: An investigation of how occupations are affected. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58(2), 120-128. doi: 10.1111/j.1440-1630.2010.00878.x
- Cusick, A., Johnson, L. et Bissett, M. (2009). Occupational therapy in emergency departments: Australian practice. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15(2), 257-265. doi: 10.1111/j.1365-2753.2008.00991.x
- Cusick, A., Johnson, L. et Bissett, M. (2010). Continuing professional development for occupational therapy emergency department services. *Australian Occupational Therapy Journal*, 57(6), 380-385. doi: 10.1111/j.1440-1630.2010.00874.x
- Fänge, A., Risser, R. et Iwarsson, S. (2007). Challenges in implementation of research methodology in community-based occupational therapy: The Housing Enabler Example. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 14(1), 54-62.

- Fortin, M. F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche: Méthodes quantitatives et qualitatives* (2 ed.). Montréal, QC.: Chenelière Éducation.
- Gouvernement du Québec (2010). *Budget 2011: Vers un système de santé plus performant et mieux financé*. Québec.
- Graf, C. E., Zekry, D., Giannelli, S., Michel, J.-P. et Chevalley, T. (2011). Efficiency and applicability of comprehensive geriatric assessment in the emergency department: a systematic review. *Aging Clinical And Experimental Research*, 23(4), 244-254.
- Hendriksen, H. et Harrison, R. A. (2001). Occupational therapy in accident and emergency departments: a randomized controlled trial. *Journal Of Advanced Nursing*, 36(6), 727-732.
- Institut de recherche en santé du Canada. (2012). *Passer à l'action : nous connaissons les pratiques que nous souhaitons changer. Que faire, maintenant? Guide de mise en œuvre pour les professionnels de la santé*. Repéré à http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/documents/lm_moving_into_action-fr.pdf
- Jacobs, K. (1987). Marketing Occupational Therapy. *The American Journal of Occupational Therapy*, 41(5), 315-320.
- Johnson, L. et Cusick, A. (2009). Emergency departments: an emerging context of Australian allied health practice. *Journal of Allied Health*, 38(1), E29-35.
- Kotler, P. et Zaltman, G. (1971). Social Marketing: An Approach to Planned Social Change. *Journal of Marketing*, 35(3), 3-12.
- Lawrence, P. R. (1969). How to deal with resistance to change. *Harvard Business Review*, 47(1), p. 4-12
- Lee, V., Ross, B. et Tracy, B. (2001). Functional assessment of older adults in an emergency department. *Canadian Journal Of Occupational Therapy. Revue Canadienne D'ergothérapie*, 68(2), 121-129.
- McCusker, J., Verdon, J., Veillette, N., Berg, K., Emond, T. et Belzile, E. (2007). Standardized Screening and Assessment of Older Emergency Department Patients : A Survey of Implimentation in Quebec. *Canadian Journal on Aging*, 26(1), 49-58.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2006). *Guide de gestion de l'URGENCE*. Québec : La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Moss, J. E., Houghton, L. M., Flower, C. L., Moss, D. L, Nielsen, D. A. et McD Taylor, D. (2002). A multidisciplinary Care Coordination Team improves emergency department discharge planning practice. *The Medical Journal of Australia*, 177(8), 427-431.

- Smith, T. et Rees, V. (2004). An audit of referrals to occupational therapy for older adults attending an accident and emergency department. *British Journal of Occupational Therapy*, 67(4), 153-158.
- Veillette, N., Demers, L. et Dutil, E. (2007). Description de la pratique des ergothérapeutes du Québec en salle d'urgence. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 74(4), 348-358.
- Wressle, E., Filipsson, V., Andersson, L., Jacobsson, B., Martinsson, K. et Engel, K. (2006). Evaluation of occupational therapy interventions for elderly patients in Swedish acute care: A pilot study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 13(4), 203-210. doi: doi:10.1080/11038120600593049

ANNEXE A

STRATÉGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Tableau 3

Bases de données consultées et critères de recherche utilisés pour la revue systématique

Bases de données	Limites émises	Mots-clés utilisés	Nombre d'articles recensés
Academic Search Complete (EBSCO)	<ul style="list-style-type: none"> Dates de publication entre janvier 2000 et avril 2012 Articles en français ou en anglais seulement Utilisation du thesaurus pour dégager « Occupational therapy », « HOSPITALS – Emergency services » comme thèmes principaux 		56
CINAHL (EBSCO)	<ul style="list-style-type: none"> Dates de publication entre 2001 et 2012 Sujets humains seulement Sujets âgés de 45 ans et plus Articles en français ou en anglais seulement Concept majeur : « Emergency services » 		10
Medline (EBSCO)	<ul style="list-style-type: none"> Dates de publication entre 2001 et 2012 Sujets humains seulement Sujets âgés de 45 ans et plus Articles en français ou en anglais seulement Concepts majeurs : « Emergency Service, Hospital organization & administration », « Emergency Service, Hospital utilization » et « Emergency Service, Hospital » 	("occupational therap*" OR "rehabilitation" OR "reeducation" OR "ergothérapie") AND ("emergency department" OR "emergency unit" OR "emergency services" OR "urgen*")	38
Pub Med	<ul style="list-style-type: none"> Dates de publication entre janvier 2000 et avril 2012 Articles en français ou en anglais seulement Recherche sur les humains seulement Sélection des types de sources suivants : Étude de cas, essai randomisé, méta-analyses, guide de pratique, revues systématiques et essais cliniques Les mots-clés font partie du titre et/ou du résumé Disponibilité gratuite du texte intégral Sujet âgé de 45 ans et plus 	NOT ("mental health" OR "psychiatric" OR "santé mentale")	6
Informa Health Care	<ul style="list-style-type: none"> Dates de publication entre janvier 2000 et avril 2012 Mots-clés se retrouvent dans le résumé de l'article 		9
Cochrane Library	<ul style="list-style-type: none"> Mots-clés font partie du titre, du résumé ou des mots-clés Dates de publication entre janvier 2000 et avril 2012 		35
SCOPUS	<ul style="list-style-type: none"> Mots-clés font partie du titre, du résumé ou des mots-clés de l'article Dates de publication entre janvier 2000 et avril 2012 Articles en anglais ou en français seulement 		23

	<ul style="list-style-type: none"> • Articles provenant seulement de périodiques portant sur l'ergothérapie ou la réadaptation • Articles ayant pour sujet les professions de la santé • Articles ou revues seulement 		
Web Of Science	<ul style="list-style-type: none"> • Dates de publication entre 2000 et 2012 	("occupational therapy") AND ("emergency")	17
OT Seeker	<ul style="list-style-type: none"> • Dates de publication entre 2000 et 2012 • Groupe gériologique 	("occupational therapy" AND "emergency") NOT ("mental health")	5
Total après élimination des doublons			172

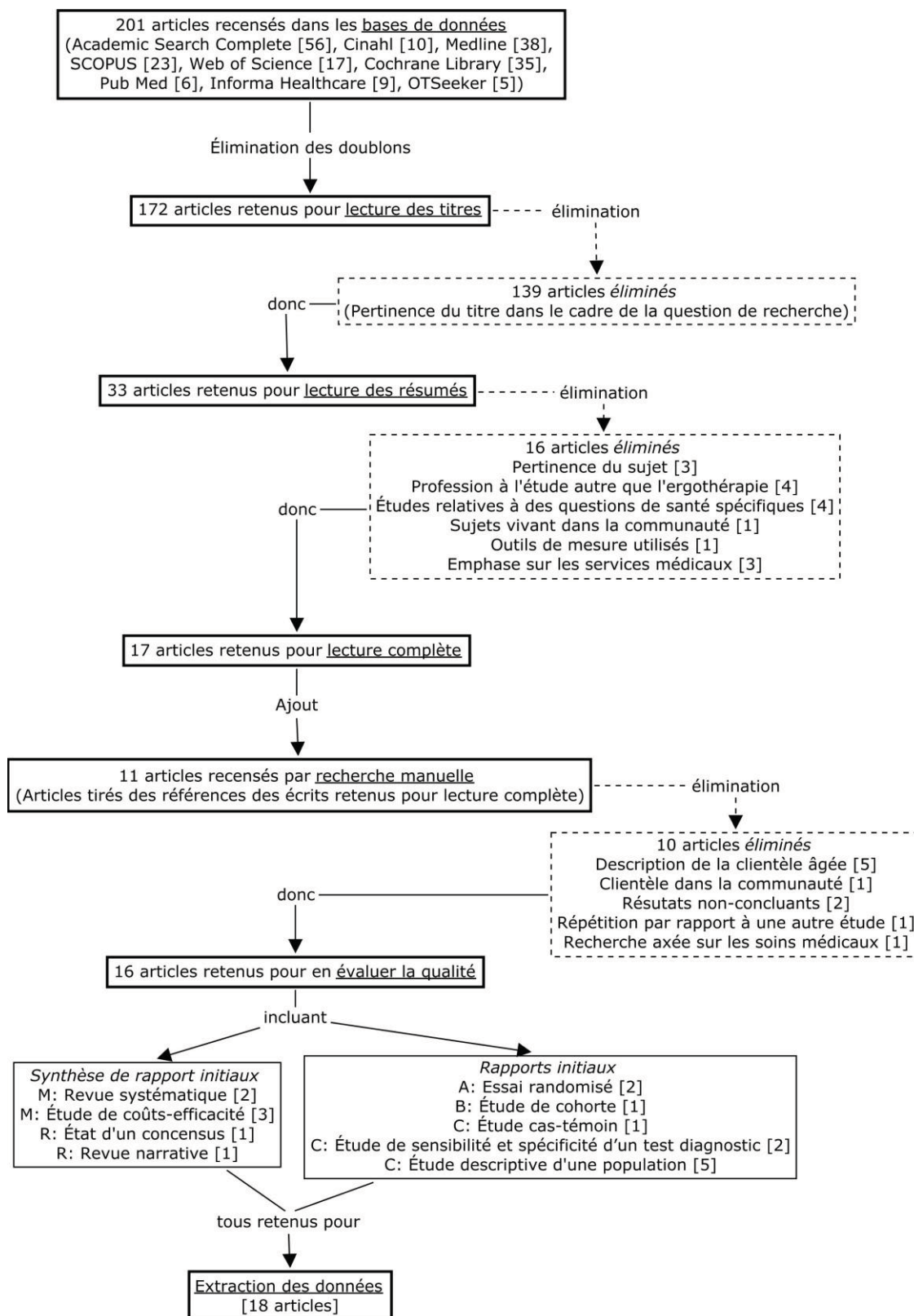


Figure 2. Processus de sélection des articles pour la recherche documentaire

ANNEXE B
QUESTIONNAIRE ENVOYÉ AUX PARTICIPANTS

Implantation de services d'ergothérapie au département d'urgence : étude
phénoménologique

Collecte de données auprès des participants

Informations démographiques

1. Sexe du participant :
2. Âge du participant :
3. Nombre d'années d'expérience...
 - a. Comme ergothérapeute :
 - b. À l'urgence particulièrement :
4. Nombre de jours de pratique à l'urgence par semaine :

Informations relatives à l'implantation des services d'ergothérapie au département d'urgence (basées sur Système de Planification du Marketing Social de Kotler)

1. Questions relatives à l'environnement
 - Qu'est-ce qui vous a amené à travailler à l'urgence?
 - Décrivez-moi une journée-type à l'urgence (horaire, nombre de patients vus, etc.)
 - Avec quels professionnels collaborez-vous le plus dans votre travail à l'urgence? De quel type de collaboration s'agit-il (multidisciplinaire, interdisciplinaire, etc.)?
 - Où se déroulent la majorité de vos interventions à l'urgence (bureau fermé, au lit du patient, etc.)?
 - Concernant la tenue de dossier, disposez-vous d'un endroit spécifique pour rédiger les rapports d'évaluation et les notes de suivi? Si oui, lequel? Sinon, où le faites-vous généralement?
 - Quel modèle théorique utilisez-vous dans votre pratique à l'urgence?
2. Questions concernant l'offre de services en ergothérapie
 - Pour quels motifs les patients vous sont-ils référés en ergothérapie?
 - Quelle modalité d'évaluation utilisez-vous à l'urgence? Quels avantages présentent-ils?
 - Quels sont les types d'interventions faites à l'urgence (réadaptation, compensation, etc.)?
 - Lorsque cela s'avère nécessaire, comment procédez-vous pour attribuer une aide technique à un patient (référence au soutien à domicile, le patient se le procure lui-même, accès à un parc d'aides techniques, etc.)?
 - Combien de temps, en moyenne, consacrez-vous à chaque patient vu à l'urgence?

3. Questions concernant la promotion du rôle de l'ergothérapeute à l'urgence
 - Comment s'est déroulée votre implantation dans l'équipe à l'urgence (expérience vécue, résistances rencontrées, etc.)?
 - Avez-vous eu à faire la promotion du rôle de l'ergothérapeute et à faire valoir ses avantages à l'urgence auprès des autres professionnels de l'équipe?
 - Si oui, de quelle façon l'avez-vous fait (conférence, dépliant, discussion informelle, etc.)?
 - Seulement si le participant a dû faire la promotion de son rôle à l'équipe : Quel endroit avez-vous choisi pour faire la promotion de votre rôle d'ergothérapeute à l'urgence (cafétéria, bureau, affichage au mur, etc.)

Questions d'ordre général

1. Pouvez-vous identifier des éléments qui ont facilité l'implantation de l'ergothérapie au département d'urgence dans lequel vous travaillez?
2. Avez-vous rencontré des éléments qui, au contraire, ont constitué des barrières à l'implantation?
3. Si vous aviez à résumer en un mot votre expérience de travail à l'urgence, quel serait-il?

Merci de votre précieuse collaboration!

ANNEXE C

GRILLE D'ANALYSE DES RÉSULTATS

Tableau 4
Grille d'analyse des résultats

Sous-Question	Participante #	Éléments de réponse
ENVIRONNEMENT		
Ce qui vous a amené à travailler à l'urgence (n=3)	1	<ul style="list-style-type: none"> • Intérêt • Contexte de projet de recherche
	2	<ul style="list-style-type: none"> • Cas problématiques réhospitalisés • Contexte de révision des processus avec un <i>Lean</i> à l'urgence.
	3	Projet de maîtrise
Journée-type (n=3)	1	Durant le projet, sporadique; tôt le matin ou plus tard selon les besoins des dossiers.
	2	<ul style="list-style-type: none"> • Présence quotidienne d'une ergo à la réunion du matin. Je vois les patients qu'elle ne peut prendre en charge rapidement. • Nombre de patients très variable.
	3	<ul style="list-style-type: none"> • 3 présences de 8h30 à 9h30 par semaine • Vérifier ISAR et dossiers médicaux, Administration du MMSE et Adminstration de l'ESFU-PA
Collaboration professionnelle (n=3)	1	<ul style="list-style-type: none"> • Infirmière, infirmière de liaison • PAB • médecins, • urgentologue • TS. • Je dirais davantage une collaboration disciplinaire selon les besoins.
	2	<ul style="list-style-type: none"> • Infirmière du CSSS • TS du CSSS • Assistante infirmière chef • Médecin • Physiothérapeute • Travail multidisciplinaire
	3	<ul style="list-style-type: none"> • Infirmière de l'équipe d'intervention gériatrique qui faisait du repérage selon les critères de sélection. • À l'urgence, c'est du travail multidisciplinaire
Lieu des interventions (n=3)	1	<ul style="list-style-type: none"> • civière de l'utilisateur, • parfois dans un cubicule pouvant être fermé lorsque l'on est chanceux.
	2	Au chevet du patient
	3	Au chevet du patient (À l'urgence, il s'agit d'un « cubicul » fermé par des portes et/ou rideaux).
Endroit pour la tenue de dossier (n=3)	1	<ul style="list-style-type: none"> • Poste (pour dossiers, contact téléphonique à l'aidant) • Plusieurs places assises dispos dans le poste, bien aménagé bien que parfois un peu bruyant. Possibilité aussi d'être tranquille dans le bureau des ergos de l'hôpital situé un étage plus haut
	2	Je fais la tenue de dossiers au poste, à l'urgence.
	3	Je disposais du formulaire de consentement dans les dossiers. Je gardais les autres documents dans mon dossier de recherche.

Modèle Théorique (n=2)	1	Pour les besoins de validation de l'outil de Nathalie Veillette, j'ai utilisé l'ESFU-PA, ou le MCRO pour la clientèle non-éligible.
	2	<ul style="list-style-type: none"> • MCRO-P. • Questionnements quant à l'opportunité d'utiliser le PEO.
ÉLÉMENTS DU <i>MARKETING MIX</i>		
Produit		
Évaluation (n=3)	1	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevue • observations selon l'ESFU-PA • validation téléphonique avec les proches.
	2	<ul style="list-style-type: none"> • Mises en situation, • Entrevues • plus rarement des tests standardisés.
	3	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevue • questionnaire semi-structurée • mise en situations • Le but est de documenter le plus possible et le plus rapidement possible • On utilise au maximum l'environnement à l'urgence (physique et social).
Modes d'intervention (n=3)	1	<ul style="list-style-type: none"> • Compensation des facteurs de risques • évaluation des besoins de services en lien avec le potentiel de réadaptation
	2	<ul style="list-style-type: none"> • Enseignement au client et à sa famille • recommandation d'aides techniques • utilisation de méthodes compensatoires • ajustement du niveau d'aide • recommandation de services à domicile (fréquemment de l'ergo à domicile)
	3	évaluation et recommandation
Attribution d'aides techniques (n=2)	1	<ul style="list-style-type: none"> • Accès au service de prêt d'équipements du CLSC. • Actuellement, une aide-ergo (auxiliaire familiale) est disponible pour se rendre à domicile pour faire des installations/validations selon le besoin de l'ergothérapeute.
	2	le patient se le procure lui-même.
Promotion		
Déroulement de l'implantation (n=3)	1	<ul style="list-style-type: none"> • Suite à l'étonnement du départ (qu'est-ce que l'ergo va apporter de plus?) • hausse de collaboration exponentielle de tous les intervenants impliqués • Les urgentologues apprennent rapidement à solliciter l'implication de l'ergo et l'apprécient. C'est une belle occasion de faire de la formation continue. • Malheureusement, la pratique de l'ergothérapie à l'urgence n'a pas été maintenue depuis le projet, bien que je continue à la valoriser et que je suis convaincue qu'elle sera appelée à reprendre éventuellement
	2	Résistance de l'adjointe au chef de l'urgence qui s'est finalement estompée.
	3	<ul style="list-style-type: none"> • Il ne s'agissait pas d'implantation
rôle de l'ergo à l'urgence (n=2)	1	Lorsqu'on explique le pourquoi des choses, les gens collaborent bien (même s'ils ont quelques résistances, le fait de connaître les enjeux entraîne une motivation suffisante pour contribuer au mieux-être du client)
	3	J'ai dû faire la promotion de mon projet de recherche, informer les intervenants de mes critères de sélection, des choix méthodologiques.
Endroit (Place)		
Pour faire la promo (n=3)	1	<ul style="list-style-type: none"> • Poste de garde • Bureau de réunion
	2	salle de rencontre
	3	[...] laissé au poste des infirmières et médecins en guise d'aide mémoire.
Prix		

Nb de jours par sem. (n=3)	1	Sporadique (qq heures par semaine, le temps du projet de recherche de Nathalie Veillette)
	2	20%
	3	3 présences de 8h30 à 9h30 par semaine
Temps moyen par patient (n=3)	1	30 min à plus de 2 hres (moyenne de 75 à 90 minutes au total avec la rédaction)
	2	2,5
	3	<ul style="list-style-type: none"> • Intervention directe 60 à 90 minutes • Intervention indirecte (rédaction et correction des évaluations) : 45 à 60 minutes.
CANAUX UTILISÉS (n=3)		
	1	<ul style="list-style-type: none"> • Discussion et formation cas par cas • discussion informelle en mini-comités
	2	1 rencontre avec les médecins et 1 rencontre avec les AIC.
	3	<ul style="list-style-type: none"> • Affiche résumé de mon projet de recherche • Explication du projet lors d'une rencontre avec les urgentologues
AGENT DE CHANGEMENT		
Motifs de référence (n=3)	1	<ul style="list-style-type: none"> • Déterminer si un RAD sécuritaire est possible • Risque de chutes (transferts et déplacements)
	2	<ul style="list-style-type: none"> • Perte d'autonomie multifactorielle (Questionnement sur orientation) • Fractures (hanche et membre supérieur)
		<p>La personne âgée devait donc être suffisamment alerte pour répondre aux questionnaires utilisés dans le cadre de ce projet de recherche et cela ne devait pas lui imposer un effort mental trop important.</p> <p>INCLUSION</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) être âgé de 65 ans et plus 2) être capable de s'exprimer dans la langue française 3) se présenter à l'urgence majeure sur le quart de travail de jour 4) être capable de consentir aux soins 5) présenter des indices de troubles cognitifs pouvant se vérifier ainsi : <ul style="list-style-type: none"> • présenter un diagnostic avéré de troubles cognitifs, tel que documenté au dossier médical • et/ou avoir répondu de façon affirmative à la cinquième question de l'outil de dépistage <i>Identification systématique des aînés à risque</i> (ISAR), à savoir « En général, avez-vous des problèmes de mémoire ? » • de même que présenter un résultat inférieur à 26/30 à l'outil de dépistage <i>Mini-Mental State Examination</i> (MMSE) à l'urgence <p>EXCLUSION</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) être médicalement instable (incluant le delirium) 2) être nouvellement sous l'effet de sédatif affectant l'état de vigilance 3) être jugé inapte au sens de la loi 4) avoir des habiletés de communication non fonctionnelles, c'est-à-dire ne permettant pas de répondre à un questionnaire 5) présenter des problèmes de comportement à l'urgence qui ne permettraient pas à la personne de collaborer au projet de recherche 6) être en attente d'une admission sur une unité de soins.
FACILITEURS (n=3)		
	1	<ul style="list-style-type: none"> • Le partenariat avec l'UQTR et le contexte de projet de recherche. • L'intérêt et la motivation personnelle (forte détermination).
	2	<ul style="list-style-type: none"> • Alliance avec la physio et délimitation de nos offres de service mutuelles • Respect des normes non – écrites, je pense surtout au tabou relatif à la recommandation d'une admission.
	3	<ul style="list-style-type: none"> • Le fait que ce soit dans l'établissement où je travaillais déjà, certaines personnes

me connaissaient.

- Implication de l'infirmière de l'équipe d'intervention gériatrique a été très aidant pour le recrutement.
- Il y a plusieurs compétences essentielles à développer pour exercer un travail à l'urgence, dans un contexte de pratique émergente et d'implantation du projet :
 - Savoir: À mon avis, il faut bien connaître les rôles et les responsabilités de sa profession. Il faut également connaître nos activités réservées et nos modalités thérapeutiques. C'est par cette connaissance que nous pourrions bien expliquer à l'équipe et aux patients ce que nous pouvons apporter.
 - Autonomie et confiance en soi: Tu peux me dire que c'est très facile comme réponse, mais c'est tellement vrai!! En fait, ce n'est pas donné à tout le monde de développer un rôle émergent. Il faut croire en ce que nous faisons et ce que nous pouvons apporter de plus au patient et à l'équipe. Souvent, quand on parle de rôle émergent, on est un peu seul. On n'arrive pas avec une équipe de 10 ergothérapeutes pour implanter une nouvelle façon de faire. Ça se fait à très petite échelle et on est souvent seule là dedans, d'où l'importance d'être autonome et confiant!! Ça l'implique également d'être capable de tolérer l'ambiguïté.
 - Accepter la critique: Il faut accepter la critique et les commentaires à l'égard d'une nouvelle pratique et d'utiliser la critique constructive pour apporter des changements.
 - Faire preuve d'introspection: Il faut aussi régulièrement analyser notre pratique et apporter des modifications. Je dis cela parce que nous ne savons pas à l'avance la recette gagnante. Il faut être créatif dans nos solutions!!

OBSTACLES

(n=3)

- | | |
|---|--|
| 1 | <ul style="list-style-type: none"> • Les orientations ministérielles (du moins de l'Agence de la Montérégie) qui valorisent l'infirmière gériatrique comme étant la personne clé à l'urgence pour évaluer l'autonomie des personnes âgées • la pénurie d'ergo/Roulement de personnel au sein du service d'ergo • la méconnaissance du rôle de l'ergothérapeute. |
| 2 | <ul style="list-style-type: none"> • Arrivée d'une nouvelle physio, ne respectant plus nos offres de service • Changement du personnel, surtout au niveau des assistantes infirmières chef. |
| 3 | <ul style="list-style-type: none"> • L'implantation de l'ergothérapie à l'urgence de l'hôpital où je travaille (durant le projet de recherche) a été très difficile. • D'une part, puisqu'il ne s'agissait pas d'une pratique courante, les professionnels qui travaillent quotidiennement dans ce milieu clinique ne pensaient pas à me référer les patients potentiels pour le projet de recherche et ce malgré une liste de critères bien établis et écrits au poste de garde à l'urgence. Je devais donc être proactive, en me rendant à l'urgence, en faisant moi-même le repérage des patients. • D'autre part, le roulement important du personnel a été un obstacle important. Ce n'était donc pas tous les professionnels de l'urgence qui avaient été mis au courant de cette nouvelle pratique. • Certains professionnels avaient des stéréotypes et des idées préconçues de l'ergothérapie et ils ne voyaient pas le rôle de l'ergothérapeute dans une équipe à l'urgence. • Mon rôle par rapport à celui de l'infirmière EIG avec évaluation SMAF et test cognitif |

EN LIEN AVEC LES OUTILS D'ÉVALUATION :

- ISAR
 - J'avais une mauvaise connaissance de ce qui était fait dans le milieu. Selon la littérature, cet outil pour être administré pour toutes les PA de 65 ans et plus. Par contre, cliniquement, à l'urgence du CHUL, l'ISAR est effectué pour les

PA de 75 ans et plus, donc tranche d'âge de 65 à 75 ans non couverte.

- Pas fait systématiquement pour tous les 75 ans et plus malgré le devoir des infirmières.
- Auto-questionnaire. Certaines personnes âgées avec des troubles cognitifs ont une mauvaise autocritique, et donc, ne répondent pas adéquatement à toutes les questions, dont la 5^e (révéler avoir des problèmes de mémoire). Discordance entre la perception de la personne et la réalité (diagnostic de troubles cognitifs au dossier médical).
- Rigueur avec laquelle l'évaluation a été faite. Souvent revue par l'infirmière EIG car troubles cognitifs et oui à la mémoire et/ou différence dans cette réponse entre 2 séjours à l'urgence rapprochés.
- MMSE : Environnement pas favorable pour l'administration.
- ESFU-PA
 - Manque d'expérience de l'ergothérapeute pour cet outil. Idéalement, meilleure maîtrise de l'outil nécessaire avant de débiter le projet. Cotation toutefois par la même personne et selon un niveau de sévérité similaire.
 - Difficulté d'administrer la section « apprentissage, application des connaissances et exigences générales » car la personne âgée ayant des troubles cognitifs a rarement suffisamment d'autocritique pour juger de ses troubles cognitifs. En l'absence de proche, difficilement évaluable. Décision d'exclure cette section en cours de projet de recherche.

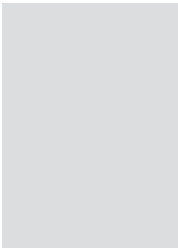
EN LIEN AVEC LA RÉALISATION DU PROJET DE RECHERCHE

- Projet de recherche très long : Changement de la pratique à l'urgence débuté avec l'application de l'approche adaptée à la personne âgée à l'urgence. Ceci implique que des espaces sur civières soient réservées à des personnes âgées avec troubles cognitifs. Dans les espaces, indicateurs d'orientation dans le temps et dans l'espace. Ceci interfère avec l'évaluation MMSE où des questions d'orientation spatiale et temporelle sont posées.
- URGENCE
 - Cyclique. Période plus calme et d'autres plus achalandée. Période d'éclosion de maladie (grippe et gastro-entérite). Ceci faisait en sorte que le milieu n'était plus enclin à la recherche. Beaucoup de mesures préventives mises en place. Personnes âgées instables médicalement lorsque contaminées.
 - Milieu très actif. La situation s'est rarement présentée en évaluation, mais interruption possible en raison d'examen.
- ÉTHIQUE : Approbation initiale fut longue à obtenir et plusieurs bémols. Complications pour obtenir l'approbation annuelle l'année suivante.
 - Longueur du formulaire de consentement. Dure pour PATC-CU.
- PROCÉDURES : Mode de dépistage proactif car le personnel de l'urgence téléphonait pas pour aviser qu'il y avait un patient potentiel.
- TAUX DE REFUS : Relativement élevé. Bonne compréhension de la recherche ?
- Fiabilité des réponses des participants considérant qu'ils ont des troubles cognitifs (43% de modéré à sévère). Se référer aux proches aidants, mais pas toujours présents.

RÉSUMÉ DE L'EXPÉRIENCE

(n=3)

- | | |
|---|--|
| 1 | • Pertinence (Selon moi, dans le réseau public, la pratique à l'urgence est le secteur où l'apport de l'ergo en terme de valeur ajoutée est le plus grand). On s'acharne en ergo à tenter de compenser pour retarder l'hébergement de quelques mois alors que si on déployait nos évaluations en prévention/promotion de la santé, on pourrait préserver l'autonomie sur plusieurs années. |
| 2 | Les montagnes russes |
| 3 | • C'est un rôle qui peut être à la fois stimulant et difficile. |

- 
- En effet, ça me stimule de devoir développer de nouvelles pratiques, des nouvelles façons de faire, de rencontrer des gens pour expliquer la profession et ce que nous pouvons apporter de plus en ergothérapie dans ce nouveau milieu.
 - Par contre, ça nécessite de répéter souvent les mêmes discours, les mêmes raisons. Il faut faire face à d'autres professionnels qui ne sont pas toujours prêts à faire des changements dans la pratique. Il faut vraiment croire profondément à ce que nous pouvons faire pour améliorer la qualité des services rendus à nos patients. Ça demeure donc un défi de taille.

ANNEXE D
NUMÉRISATION DU CERTIFICAT D'ÉTHIQUE



Université du Québec à Trois-Rivières
CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

RAPPORT DU COMITÉ D'ÉTHIQUE :

Le comité d'éthique de la recherche, mandaté à cette fin par l'Université, certifie avoir étudié le protocole de recherche :

Titre du projet : Implantation de services d'ergothérapie au département d'urgence : étude phénoménologique

Chercheurs :
Andréane Durand
Département d'ergothérapie

Organismes :

et a convenu que la proposition de cette recherche avec des êtres humains est conforme aux normes éthiques.

PÉRIODE DE VALIDITÉ DU PRÉSENT CERTIFICAT :

Date de début : 21 novembre 2012

Date de fin : 21 novembre 2013

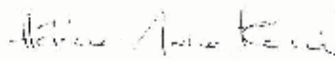
COMPOSITION DU COMITÉ :

Le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières est composé des catégories de personnes suivantes, nommées par le conseil d'administration :

- six professeurs actifs ou ayant été actifs en recherche, dont le président et le vice-président;
- une personne membre ou non de la communauté universitaire, possédant une expertise dans le domaine de l'éthique;
- un(e) étudiant(e) de deuxième ou de troisième cycle;
- un technicien de laboratoire;
- une personne ayant une formation en droit et appelée à siéger lorsque les dossiers le requièrent;
- une personne extérieure à l'Université;
- un secrétaire provenant du Dcéanat des études de cycles supérieurs et de la recherche ou un substitut suggéré par le doyen des études de cycles supérieurs et de la recherche.

SIGNATURES :

L'Université du Québec à Trois-Rivières confirme, par la présente, que le comité d'éthique de la recherche a déclaré la recherche ci-dessus mentionnée entièrement conforme aux normes éthiques.


Hélène-Marie Thérien
Présidente du comité


Fanny Longpré
Secrétaire du comité

Date d'émission : 21 novembre 2012

N° du certificat : CER-12-185-06.05
DECSR

ANNEXE E
LETTRE D'INFORMATION AUX PARTICIPANTS ET FORMULAIRE DE
CONSENTEMENT



Université du Québec à Trois-Rivières

LETTRE D'INFORMATION

Invitation à participer au projet de recherche
Implantation de services d'ergothérapie au département d'urgence : étude
phénoménologique

Andréane Durand, étudiante-chercheure
Département d'ergothérapie
Sous la direction de Nathalie Veillette, erg., Ph. D.,

Votre participation à la recherche, qui vise à mieux comprendre les facteurs qui sont impliqués dans l'implantation de services d'ergothérapie au département d'urgence serait grandement appréciée.

Objectifs

Les objectifs de ce projet de recherche sont de cerner les facteurs qui jouent un rôle dans l'implantation de services d'ergothérapie dans un département d'urgence et de mieux comprendre des défis que les ergothérapeutes y rencontrent dans leur pratique quotidienne. Les renseignements donnés dans cette lettre d'information visent à vous aider à mieux comprendre ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche et à prendre une décision éclairée à ce sujet. Nous vous demandons donc de lire le formulaire de consentement attentivement et de poser toutes les questions que vous souhaitez poser. Vous pouvez prendre tout le temps dont vous avez besoin avant de prendre votre décision.

Tâche

Votre participation à ce projet de recherche consiste à répondre à un questionnaire comportant 18 questions ouvertes. Celui-ci aura pour thématique principale les facteurs qui jouent un rôle dans l'implantation de services d'ergothérapie dans une équipe interprofessionnelle à l'urgence. Le questionnaire vous sera acheminé par courriel, ainsi vous pourrez le compléter au moment qui vous sera le plus opportun.

Les principaux thèmes qui seront abordés dans le questionnaire sont les suivants : votre expérience vécue lors de l'arrivée au sein de l'équipe à l'urgence, la collaboration avec les autres professionnels, la promotion du rôle de l'ergothérapeute à l'urgence, le(s) modèle(s) théorique(s) que vous utilisez, les outils d'évaluation que vous utilisez, les motifs de référence des usagers qui vous sont adressés, les défis rencontrés au quotidien dans votre pratique et les aspects organisationnels concernant votre travail à l'urgence (lieu des interventions, horaires de travail, etc.).

Risques, inconvénients, inconforts

Aucun risque n'est associé à votre participation. Le temps consacré au projet, soit environ 1h30 (en tenant compte de la conversation téléphonique préliminaire et de la réponse aux questions) demeure le seul inconvénient.

Bénéfices

Votre contribution à l'avancement des connaissances au sujet de l'ergothérapie à l'urgence constitue le seul bénéfice direct prévu à votre participation. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée par le codage numérique des données personnelles et ces données seront conservées sous la protection d'un logiciel éprouvé (*True Crypt*). Les seules personnes qui y auront accès seront Andréane Durand (étudiante-chercheure) et Nathalie Veillette (directrice de la recherche). Elles seront détruites lors de l'obtention du diplôme de maîtrise de l'étudiante-chercheure et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme d'un essai critique et d'un article publié dans une revue scientifique, ne permettront pas d'identifier les participants.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Andréane Durand par courriel (andreane.durand@uqtr.ca) ou par téléphone (819-698-6922).

Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro [no de certificat] a été émis le [date d'émission].

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, au Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique CEREH@uqtr.ca.



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Engagement de l'étudiante-chercheure

Moi, Andréane Durand, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Consentement du participant

Je, _____, confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet *Implantation de services d'ergothérapie au département d'urgence : étude phénoménologique*. J'ai bien saisi les conditions, les inconvénients et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche

Participant ou participant :	Étudiante-chercheure:
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Date :	Date :